# NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

# SCIENCES MÉDICALES.

## Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

### JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

### JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

# NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

# SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

## UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

**ARCHIVES**

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

**BULLETIN**

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

## REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

AVRIL 1846. — 7me SÉRIE. — T. IV.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,
FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1846.

## SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p.353-404.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 405—424.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.

Hygiène. 1—3.
Toxicologie 4. *Revue* 41.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 5.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Pathologie interne. 6, 7. *Revue* 31, 33.
Thérapeut. 8—12. *Revue* 35—37.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchem. 13. *Revue* 38—40.
Maladies des enfants. 14—16. *Rev.* 34.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Pathologie externe. 17—19. *Revue* 43.
Médecine opératoire. 20.
Ophthalmologie. 21, 22. *Revue* 46.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 23.

VIII. Malad. des voies génito-urin. 24, 25. *Revue* 42

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

Médecine légale. 26, 27.
Police médicale. 28.

XII. Généralités. 29, 30.

Sociétés savantes, pag. 234—248.
Mélanges. 269—278.

ARCHIVES

DE LA

# MÉDECINE BELGE.

(AVRIL 1846.)

---

## DISSERTATION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS UN BUT MÉDICAL;

Par le docteur SIMONART, à Bruxelles.

*Définition. — Historique. — Discussion médico-légale.*

L'avortement, on le sait, est l'expulsion du sein de la mère d'un fœtus *non viable*, c'est-à-dire avant le septième mois de la gestation. — La mort de l'enfant est donc inséparable de cet acte. — L'avortement est ou *provoqué*, ou *spontané*, suivant qu'il est ou non amené par des moyens dirigés par la main de l'homme. — S'il est provoqué par une main coupable, l'existence de la mère peut être compromise; l'avortement est appelé *criminel* : si, au contraire, une main bienfaisante, celle du médecin consciencieux, dirige les moyens dans le but de sauver la mère d'un danger imminent auquel l'expose la conservation plus longue de son fruit, l'AVORTEMENT est dit PROVOQUÉ DANS UN BUT MÉDICAL, ou, plus simplement, AVORTEMENT MÉDICAL.

La provocation de l'avortement a été fort diversement jugée suivant les temps, les climats, les coutumes, les formes de gouvernement, de législation, ou de religion, etc. On pourrait, à ce propos, dire avec Montaigne : « Qu'il n'est rien de si extrême qui n'ait été reçu par l'usage de quelque nation. » — C'est qu'en effet, envisagé au point de vue de l'économie politique, l'avortement a une grande influence sur le chiffre des populations, et, sous le rapport moral, touche au droit naturel, au droit civil, au droit politique, au droit divin, au droit canonique, et même au droit domestique de l'être qui, embryon et presque inerte, a déjà sa part des droits sociaux. — La crainte du déshonneur ou de la misère, la soif de l'or, les raffinements de la coquetterie ou de la volupté, le fana-

tisme, les préjugés, n'ont que trop souvent étouffé les sentiments de tendresse que toute mère porte dans son sein avec le fruit qui doit en être l'objet. Les peuples de l'antiquité surtout, généralement plus préoccupés des soins de la conquête que du bien-être de la famille, virent, sans sourciller, l'avortement se pratiquer presque journellement sous leurs yeux. Ovide, Sénèque, Juvénal, et plusieurs philosophes, s'en plaignirent en termes amers. Les Grecs, les Romains le laissèrent impuni, et, de plus, accueillirent des matrones attitrées qui ne manquèrent pas de s'attirer dans ce métier immoral, car c'en était un, quelque célébrité. Telles furent, entre autres, Agnodice, certaine Cléopâtre, et la fameuse Aspasie, accoucheuse-écrivain, d'une habileté historique à plonger le poinçon dans la profondeur des organes utérins.

Déjà cependant, Hippocrate, écoutant la voix de la nature, avait senti tout ce que cette pratique a d'odieux et de flétrissant pour les gens de l'art, quand elle ne sert qu'à la passion, puisqu'il l'avait interdite, sous serment et avec imprécations, à ses élèves. L'obstétricie n'était pas assez avancée alors pour qu'on pût faire de l'avortement une opération régulière et raisonnée.

Plus tard, les progrès de la civilisation, et surtout le christianisme, cet imposant révivificateur, en relevant l'importance et l'égalité des droits de l'homme, *quel qu'il fût*, rendirent sauve et même sacrée la vie du fœtus. Ce fut, en effet, sous les empereurs Sévère et Antonin, et, plus tard, sous le rigorisme outré de Constantin le Grand, que furent portées les lois du séquestre des biens, du bannissement et de la mort même contre le crime d'avortement, et que ce crime fut déclaré imprescriptible. Aussi, à partir de cette époque, les médecins qui, après Aspasie, Aëtius, Moschion, les arabes Rhazès et Avicenne, et même déjà les grecs Démocrite et Artius Amenidus, avaient continué à pratiquer l'avortement, terrifiés cette fois par ces arrêts solennels, suspendirent toute tentative, et l'opération tomba en désuétude complète.

Longtemps encore, l'avortement fut, d'après les codes Justinien et canonique, puni comme l'infanticide, et au xv^e siècle, en France, on brûlait vives les mères qui en étaient convaincues !...

Insensiblement néanmoins, et surtout avec la réforme philosophique du xviii^e siècle, les lois perdirent de cette excessive rigueur, et le code de 1791, plus modéré et cherchant à frapper tous les coupables, punit et les complices et les fauteurs du crime. Celui de 1810 frappa les complices non moins que la mère.

Avouons toutefois que le bienfait des institutions légales ne pénétra point également partout. Aujourd'hui encore, en Turquie et en Égypte surtout, la dissolution a rendu l'avortement d'une

fréquence incroyable, sans que les gouvernements s'occupent d'arrêter ce fléau dévastateur. En Sibérie, les femmes se le procurent pour continuer à plaire à leurs maris; à l'île de Ceylan et à l'île Formose, elles n'ont même le droit d'être mères qu'à 35 ans révolus, et, avant cet âge, sont débarrassées de leur fruit par une prêtresse qui leur foule les entrailles; à la Nouvelle-Galle du Sud, le même office leur est rendu par de simples personnes de connaissance, qui leur pétrissent le ventre. Les Chinoises, les Japonaises, les Iroquoises, font aussi périr leur fruit au gré de leurs caprices.

L'avortement médical, au contraire, traversa toute la longue nuit du moyen âge, sans qu'on s'en souvînt, jusqu'à la seconde moitié du siècle dernier. L'Angleterre, si souvent à la tête de la réforme, et dégagée de l'empire des codes Justinien et canonique, leva, vers 1750, l'étendard de la rénovation. William Cooper, le véritable régénérateur de l'avortement provoqué dans un but médical, n'hésita pas à proposer cette pratique à John Hunter, pour remplacer l'opération césarienne dans les cas de rétrécissement du bassin; et depuis elle fut, avec l'accouchement prématuré, implicitement admise dans la Grande-Bretagne, où elle est aujourd'hui pratiquée avec une grande fréquence.

Sur le continent, la rénovation fut plus timide et plus tardive. A part quelques efforts isolés faits dans ces dernières années, nous ne pouvons citer que peu de noms, et à leur tête : en Allemagne, le professeur Nægèle, de Heidelberg; en France, MM. Deguerre, de Strasbourg, P. Dubois, Chailly et Cazeaux. Rien de complet, du reste, rien de franchement décisif n'a été publié, que nous sachions, sur la matière. — En 1842, M. Van Huevel proposa le premier, en Belgique, cette opération pour les cas d'angustie extrême du bassin. En 1843, dans notre thèse *sur l'accouchement prématuré artificiel*, nous nous sommes prononcé formellement aussi en faveur de l'avortement provoqué dans un but médical (p. 78; 19e argt). Nos recherches, nos réflexions nous ont depuis confirmé dans cette manière de voir, et ont élargi le cercle dans lequel nous avions alors restreint cette délicate et importante *opération*.

Les détails historiques dans lesquels nous venons d'entrer étaient nécessaires pour apprécier et les causes du discrédit dans lequel est tombé tout à coup l'avortement médical, et la manière dont cette opération a été considérée suivant les diverses institutions. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en tirer plusieurs déductions.

Abordons maintenant le côté le plus épineux de notre sujet, la question de savoir si, sous l'empire actuel de notre législation,

l'avortement peut et doit même être provoqué par le médecin, dans des conditions et avec les précautions voulues.

Aux yeux de la plupart des jurisconsultes, et nous en avons interrogé un grand nombre, cette question ne devrait pas en faire une : le médecin, reconnaissant la nécessité de l'opération, devrait sans crainte la pratiquer.

Mais aux yeux du praticien qui constate cette nécessité, une barrière s'élève dans le texte nominatif de l'article 317 du Code pénal, ainsi conçu : « Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. — La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement a eu lieu. »

Une interdiction aussi catégoriquement imposée aux gens de l'art semble en effet devoir arrêter court la main du médecin le plus zélé. Mais faut-il s'en tenir à l'*expression littérale*, pure et simple, de la loi ? A-t-on réfléchi que c'est le crime seul qu'elle veut atteindre ici, comme pour tous les articles du Code pénal ? . . . . Montesquieu l'a dit : *la* LOI *est la* RAISON HUMAINE, *en tant qu'elle gouverne les peuples.* Là où il est démontré qu'il n'y a, qu'il ne peut y avoir de crime, la *raison humaine*, ou, en d'autres termes, la LOI, *qui n'en est que l'expression,* ne peut trouver matière à peine afflictive ou infamante, et dès lors l'impunité est garantie, sans que le Code ait à consacrer cette impunité par un texte exceptionnel. Le Code pénal en effet prévient le crime, mais n'a pas à sanctionner les actes de pure moralité.

Nous rencontrons, à cet égard, une analogie frappante dans le texte voisin du Code pénal, analogie qui, à elle seule, suffirait pour éloigner de l'opération de l'avortement médical toute idée de pénalité. En effet, l'article 316 punit sévèrement le crime de CASTRATION. Néanmoins, l'opération de la castration est fréquente en chirurgie ; elle peut être, elle est quelquefois mortelle, et jamais opérateur n'a été poursuivi de ce chef et n'a craint de l'être. Et cependant la loi n'a stipulé aucune autorisation dérogatoire !

Mais, dira-t-on, pour l'article 317, il y a une autre vie : il s'agit de protéger un jeune être sur lequel vous n'avez aucun droit. Nous remplaçons dès lors l'analogie par une double identité. D'abord, on sait qu'au Royaume-Uni le *fœticide* est qualifié de *fe-*

*lony* ou *crime capital.* Or, l'avortement, et il en résulte un *fœticide*, y est pratiqué assez fréquemment par l'art, et, de l'aveu du jurisconsulte Beck, l'Angleterre ne présente aucun exemple de poursuite judiciaire pour fait de l'espèce. C'est évidemment le crime et non une opération bienfaisante que la législation anglaise a voulu flétrir.

Une identité non moins concluante existe dans nos contrées, et nous nous étonnons que les accoucheurs ne s'en soient pas emparés pour se prévaloir de toute impunité au sujet de l'avortement artificiel. Depuis des siècles et presque chaque jour, l'*accouchement forcé* se pratique sous toutes les latitudes. Toutes les sommités obstétricales, depuis Guillemeau, Deventer, Delamotte, Mauriceau, Désormeaux, Levret, Osiander, jusqu'à Baudelocque, Capuron, mesdames Boivin et Lachapelle, adversaires outrés de l'avortement provoqué, que l'un d'eux a fanatiquement qualifié, dans un excès de zèle, d'*attentat aux lois divines et humaines*, toutes ces célébrités ès art, avec tous les médecins de nos jours, ont admis la nécessité de l'accouchement forcé et l'ont traduite en principe et en pratique. Parfois, cependant, la mère et l'enfant succombent à cette opération, et jamais magistrat n'a pensé ni cherché à sévir contre ses auteurs. Or, qu'est l'*accouchement forcé*, sinon un accouchement avant terme, souvent un VÉRITABLE *avortement*, pratiqué même avec violence, en certains cas, tant le danger est pressant. On se hâte d'arracher mort ou vif, viable ou non, et presque toujours on sacrifie le fœtus, seule cause de la persistance du danger ; « tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher avec effort ». — Eh bien! dans l'avortement médical, le danger n'est pas moins grand, et pour n'être point aussi immédiat, il n'en plane pas moins, menaçant et terrible, sur les jours de la mère. Seulement ici il faut savoir le conjurer à temps; là, il s'agit de le combattre ouvertement. Ici les moyens sont doux, lents et peu dangereux ; là, ce sont la précipitation, la violence et quelquefois deux tombes. De part et d'autre, le danger est inhérent à la présence du fœtus; c'est l'épine qu'il faut extraire. — Nous le demandons donc : la légalité, s'il pouvait y avoir encore doute, ne devrait-elle pas plutôt pencher vers l'avortement médical?

Examinons d'ailleurs la question au fond, et nous resterons convaincus qu'il ne peut y avoir, dans l'action de l'avortement médical en elle-même, matière à criminalité ni même à récrimination quelconque.

Il est irrévocablement admis en *droit* que toute *action*, pour être *criminelle*, doit pécher ou par sa MORALITÉ ou par ses RÉSULTATS. En dehors de ces deux chefs, *intention* et *fait*, il n'est point

de crime possible, la justice se tait. Or, si l'avortement médical échappe à l'un et à l'autre des *caractères* que doit présenter une action criminelle, il reste prouvé que l'intention du législateur n'a pu être de l'interdire, et que le médecin peut sans crainte le pratiquer.

Pour apprécier nettement la MORALITÉ de cette opération, il suffit de se reporter aux conditions au milieu desquelles le médecin la décide et la pratique. Comment, en effet, les choses se passent-elles et doivent-elles se passer? Enceinte de quatre ou cinq mois, une mère dont les organes sont viciés consulte un accoucheur qui, par une exploration attentive, acquiert bientôt la triste certitude que l'accouchement par les voies naturelles est impossible; une parturition antérieure peut d'ailleurs lui avoir déjà fait porter ces sinistres augures. Les seules ressources sont: *avant terme*, l'expulsion du fœtus à une époque où il n'a pas encore pris trop de volume, et il périt nécessairement, l'accouchement prématuré n'étant point praticable; *à terme*, l'opération césarienne ou l'embryotomie, avec leurs funestes suites. — La mère consultée, dans cette alternative, se décide en faveur de l'avortement. Elle peut, elle en a le droit, s'opposer aux autres opérations: *mater sola decernendi jus habet* (Nægèle). Il n'est dès lors d'autre voie que la provocation de l'avortement, à moins d'abandonner sans pitié l'accouchement aux seules forces de la nature, pour voir bientôt périr infailliblement la mère avec son fruit, après d'inutiles et atroces douleurs!.... — C'est donc avec le consentement de la mère et à défaut de ressource qui puisse remplacer convenablement cette opération, que l'avortement est décidé. Des confrères éclairés sont réclamés; pas de doute dans l'esprit des consultants: la famille est prévenue; toutes les précautions sont prises pour le succès: tout se fait au grand jour; les chances sont franchement exposées; aucune violence ne s'emploie; les moyens les plus sûrs, les plus propres à rapprocher le travail de celui de l'accouchement à terme, sont mis en usage; l'embryon est expulsé et ondoyé, si le culte l'exige; la mère, entourée de soins, parcourt les phases ordinaires des couches prématurées.

Nous le demandons, devant une pareille conduite, aussi désintéressée que franche et circonspecte, conduite à laquelle chacun de nous ne manquera pas d'applaudir, l'accusation ne doit-elle pas s'éteindre sur les lèvres du plus ardent des criminalistes? Y peut-on trouver matière à une poursuite judiciaire, à la plus faible récrimination même? L'accoucheur cependant n'a fait que suivre ponctuellement les règles de l'art, tracées, dans ce cas particulier, comme pour toute opération majeure en général.

Les RÉSULTATS de l'avortement médical sont le plus ordinairement ceux qu'a prévus le médecin. L'opération en elle-même est peu douloureuse, quand elle est convenablement pratiquée; le fœtus ne tarde pas à être expulsé et à expirer; la mère ne court d'autres dangers que ceux d'un accouchement prématuré, où un vingtième à peine des femmes succombe. Que dis-je? la statistique, si elle était faite, fournirait, pour l'*avortement médical*, un chiffre bien plus favorable que pour l'accouchement provoqué, puisqu'il est reconnu que l'expulsion prématurée du fœtus est d'autant moins grave qu'elle se rapproche davantage de l'époque de la conception. N'avons-nous pas d'ailleurs lieu de le prévoir, quand nous voyons des mères dénaturées résister à l'emploi des moyens abortifs les plus violents et le plus maladroitement employés? Sans doute elles ne résistent pas toutes, mais au moins c'est le grand nombre. Ne voyons-nous pas les femmes de l'île Formose, de Ceylan, etc., se laisser impunément masser l'abdomen, et l'une d'elles, au rapport de Camdius, ministre protestant et historien de bonne foi, supporter seize fois cette manœuvre barbare et accoucher à terme à sa 17° conception, alors qu'elle avait atteint l'âge légal? Que ne doit-on dès lors augurer d'une opération pratiquée selon les règles de l'art, et où l'on cherche à ramener les tentatives dans la sphère des procédés qu'emploie la nature. Et, à ce propos, rappelons-nous que la nature elle-même semble indiquer la marche à suivre dans les cas de rétrécissement pelvien. Nous la voyons en effet provoquer, en pareille occurrence, assez souvent l'expulsion prématurée de l'embryon, et débarrasser ainsi la mère d'un élément de mort.

Que si nous confrontons les *résultats* de l'avortement médical avec ceux des opérations qui seraient appelées à le remplacer, les relevés statistiques les plus authentiques nous apprennent que de 720 femmes soumises au couteau césarien, 424 (près des deux tiers!) sont tombées victimes; que l'embryotomie, dont chacun de nous s'éloigne quand le fœtus est vivant, est bien autrement grave et dangereuse que la provocation de l'avortement.

Mais, s'écrie-t-on, dans l'avortement vous sacrifiez nécessairement un être sur lequel vous n'avez pas DROIT DE VIE, tandis que l'opération césarienne le sauve le plus communément! — Nous rencontrons ici l'objection la plus sérieuse, le pivot sur lequel semble devoir rouler toute l'accusation, la pensée qui a sans doute arrêté la main de plus d'un homme de l'art. Hâtons-nous donc de soulever l'épée de Damoclès et de renverser l'hydre menaçante. Or, en principe, avons-nous davantage droit de vie sur la mère? Et lui laisser subir l'opération césarienne, n'est-ce pas la vouer à

une mort presque certaine? N'est-ce pas la pousser à cette triste extrémité que de négliger l'avortement, quand il est temps encore de le provoquer? Et si la femme se refusait à l'opération césarienne, aurait-on le droit de la pratiquer malgré elle? En l'abandonnant aux seules forces de la nature, on sacrifie et la mère et l'enfant; en faisant l'embryotomie, le fœtus est mort et la vie de la femme en danger. De part ou d'autre donc, le sacrifice d'une existence doit être consommé. D'ailleurs, l'accoucheur qui pratique l'accouchement forcé, celui qui morcelle un fœtus vivant, a-t-il davantage droit de vie sur le jeune être? N'oublions pas que la vie de la mère n'est achetée qu'au prix du sacrifice d'un *parasite* presque inerte, insensible, déjà menacé de toutes parts, et dont l'importance sociale est presque nulle, quand celle du *tronc* est ordinairement précieuse à tant de titres. *De deux maux nous choisissons évidemment le moindre.* Il ne manque d'ailleurs point d'exemples où la société absout pleinement des sacrifices de l'espèce : tel le cas du matelot jeté à la mer pour sauver une embarcation; telle la victime égorgée par une peuplade que la famine réduit à se nourrir de chair humaine, etc. L'*homme* a obéi à la grande loi de la nécessité irrésistible; la *justice* est désarmée. . . .

Nous croyons superflu d'insister davantage pour démontrer que la MORALITÉ et les RÉSULTATS de l'avortement, provoqué dans un but médical, sont en dehors des articles 317, 309 et 319 du Code pénal, et que, loin de faire proscrire cette précieuse sauvegarde contre l'opération césarienne et l'embryotomie, ou contre la mort de deux êtres délaissés à eux-mêmes, ils doivent la faire accepter, comme autorisée et même comme un devoir sacré pour tout médecin consciencieux. Toute difficulté étant levée de ce côté, il ne s'agit plus que de procéder avec toute la prudence que cette opération requiert.

En résumé donc : l'histoire, une expérience raisonnée, les procédés que suggère la nature, l'esprit de la loi, la moralité et les résultats de l'action, le devoir humanitaire, l'analogie et même l'identité que cette opération présente avec d'autres opérations que nous pratiquons journellement, font de l'avortement médical une ressource précieuse et préférable, dans bien des cas, à l'opération césarienne et à l'embryotomie.

Espérons qu'il ne tardera pas à être définitivement acquis à la science et à la pratique obstétricale, et que les accoucheurs, moins timorés, n'attendront pas qu'un texte dérogatoire vienne leur accorder un sceau d'impunité que leur conduite et leur conviction doivent seules leur garantir. Nous disons plus : s'il nous est permis d'élever un vœu, c'est que jamais le texte de l'article 317 qui con-

cerne les gens de l'art, ne disparaisse du Code. C'est là un frein puissant opposé à l'abus, et les choses même les meilleures trouvent toujours des hommes disposés ou à en abuser ou à les fausser.

Nous n'abandonnerons point ce chapitre sans aborder la question du *droit canonique*. Quelque incompétent que nous nous déclarions en matière religieuse, nous ne pouvons nous abstenir de chercher à élucider une question qui, aux yeux de quelques consciences susceptibles, touche de si près aux croyances. — L'Église condamne, non moins formellement que le Code pénal, l'avortement provoqué en général. Mais, de même que le texte légal, c'est évidemment l'avortement provoqué dans un but coupable, et non l'avortement médical, que *l'esprit du dogme* a voulu proscrire. — L'objection du *droit de vie* s'élève aussi sous le même jour, et nous croyons l'avoir renversée par des arguments péremptoires. — Mais, disent les casuistes, « la vie spirituelle de l'enfant est bien supérieure à la vie temporelle de la mère (docteur Debreyne, *Essai de Théologie morale*). » Soit ! mais aussi, tout en conservant la mère, rien ne s'oppose à assurer la vie spirituelle du fœtus par le baptême (et, de l'avis presque unanime des casuistes, il est valable à toutes les époques de la vie intra-utérine — conf. Debreyne, l. c.); aussitôt les membranes amniotiques ouvertes, l'ondoiement baptismal se fait sur la tête, et se pousse, si l'embryon tarde à descendre ou que l'on craigne pour ses jours, à travers les conduits naturels, au moyen d'une injection. C'est ce qu'a implicitement admis le docteur Debreyne, prêtre et religieux de la Grande-Trappe (Orne), lorsqu'il avance dans son *Essai de Théologie morale* (Bruxelles, 1844, p. 257) que : « si l'enfant pouvait, avant de naître, recevoir le baptême à la tête, après la rupture des membranes, ce baptême serait valide, et la femme ne serait pas obligée de souffrir l'opération césarienne, parce qu'elle n'est tenue à la subir que pour assurer la vie de l'âme de son enfant, et non pour lui procurer la vie temporelle. » — Voilà certes, et on ne contestera pas l'orthodoxie ni la compétence de cette autorité médico-canonique, voilà une approbation indirecte de l'avortement, provoqué dans un but médical, bien propre à donner tout apaisement aux consciences les plus timorées. — On a encore invoqué, comme objection, l'éternelle et infaillible maxime de l'Eglise : *non sunt facienda mala ut eveniant bona.* » Nous y opposons la double maxime du Sage : que, « *le mal étant devenu une nécessité, il faut en faire vertu,* » et que « *de deux maux dont l'un est nécessaire, il faut choisir le moindre.* » Or, comparera-t-on le mal de l'avortement aux terribles conséquences de l'opération césarienne ou de l'embryotomie?... — Que la mère,

de son côté, se rassure : elle cède à un double devoir. En se courbant devant une nécessité fatale, elle obéit au devoir de la famille et au devoir de la conservation personnelle, devoir que Dieu a incrusté en lettres de feu dans le cœur de tout être. La femme se doit à elle-même, à ses parents, à la société. Le sacrifice qu'elle fait de sa tendresse innée est déjà assez pénible pour qu'on ne doive lui en imposer de plus rude...

Nous ne parlerons, que pour les citer comme peu vraisemblables, des faits d'embryons au-dessous de six mois qui auraient continué à vivre hors du sein de leur mère, et en particulier de Fortunio Licetti, savant italien du xvi^e siècle, qui, au rapport de Cabanis, serait venu au monde à cinq mois, et de quelques autres anomalies, plus ou moins apocryphes, rapportées par Brouzet et ailleurs. C'est là une ressource sur laquelle nous ne pouvons aucunement compter. A peine pouvons-nous admettre l'exception, comme un appui à la pratique de l'opération ; bien moins pourrait-on la traduire en règle.

La question de l'avortement médical étant, croyons-nous, dégagée de ses entraves juridiques et canoniques, il nous reste à aborder le chapitre des indications, des contre-indications, du temps, des moyens et des précautions à employer *avant, pendant* et *après* l'opération, et à la constituer ainsi en opération *régulière*, désormais acquise à la pratique obstétricale. Ce sera, pour ainsi dire, rendre à une proscrite ses *lettres de réintégration.*

### *Indications.*

D'après ce qui a été dit jusqu'ici, il est évident que l'avortement provoqué dans un but médical sera formellement indiqué jusqu'au sixième mois révolu de la gestation, dans tous les cas d'angustie pelvienne au-dessous de 2 1/2 pouces (67 millimètres). En effet, à 2 1/2 pouces et au-dessus, les ressources de l'accouchement prématuré se présentent, et on sait de combien elles sont préférables à l'avortement. — Après le sixième mois, le volume transversal de la tête, ayant déjà acquis au moins 2 p. 6 l., ne permettrait plus l'expulsion facile du fœtus. C'est du quatrième au sixième mois, et surtout vers le cinquième, qu'il sera convenable de provoquer le travail. Avant le quatrième mois, les dangers seraient sans doute moins grands pour la mère ; mais la grossesse ne présente pas alors de signes tellement positifs qu'on puisse tenter une opération dont le moindre inconvénient serait parfois d'être inutile.

De même que pour l'accouchement prématuré artificiel, nous croyons que l'avortement médical est encore hautement indiqué

quand il existe chez la mère une maladie ABSOLUMENT *inhérente* à l'état de grossesse, et que cette maladie, si la gestation continue, la fera infailliblement périr; tandis que tout fait prévoir que l'avortement arrêtera et éloignera le danger. Tels sont certains cas de rétroversion utérine avec phénomènes d'étranglement; les hernies étranglées et devenues irréductibles par excès de développement de l'abdomen; les maladies graves de l'utérus que la grossesse exaspère; les affections thoraciques que l'ampliation utérine complique d'accès inquiétants de suffocation; les vomissements, les hémorrhagies qui jettent dans le marasme; les affections cérébrales qui s'aggravent avec la grossesse; et tant d'autres cas où le praticien doit se laisser guider autant par son tact et par une prudence bien raisonnée, que par son désir du bien. Il est impossible de poser à cet égard des règles fixes et de prévoir toutes les indications. La nature, toujours si variée, même dans ses écarts, ne peut être restreinte dans le cadre étroit de nos conventions thérapeutiques et autres. C'est au praticien à s'inspirer dans les conditions mêmes du fait qu'il a sous les yeux. Nous n'ignorons pas combien cette position peut être délicate, embarrassante. Il a à se demander jusqu'à quel point la maladie est influencée par la grossesse, si celle-ci en est la seule cause, si le cas est assez désespéré pour autoriser une ressource extrême, jusqu'à quel point l'opération pourra conjurer le danger; toutes questions aussi difficiles les unes que les autres à résoudre, questions que la science et les plus belles théories ne peuvent décider *à priori*, mais pour la solution desquelles les lumières et l'expérience d'un praticien consommé pourront être d'un puissant appui. Qu'on veuille bien se le rappeler du reste, l'avortement convenablement pratiqué n'offre pas tous les dangers qu'on lui prête, et si la mère venait à succomber par les seuls progrès de la maladie, son fruit, avant le sixième mois, périrait nécessairement avec elle. L'avortement ne serait-il pas d'ailleurs encore un moyen d'assurer la vie *spirituelle* du fœtus, puisqu'à cet âge sa mort coïncide presque toujours avec celle de la mère, ou la devance, et que son expulsion, avant ce terme fatal, pourrait l'amener encore vivant?...

### *Contre-indications.*

La contre-indication la plus formelle est l'opposition de la mère. Si l'on ne parvient à vaincre cette opposition par des arguments que la raison suggère, il faut se résigner à l'extrême ressource de l'embryotomie ou de l'opération césarienne. Jamais rien ne doit être décidé contre la volonté de celle qui, en cette circonstance

pénible, peut s'arroger impunément la triste prérogative du droit de vie et de mort sur elle et sur son enfant.

Il serait également prudent de s'abstenir dans le cas de phthisie pulmonaire confirmée, de cachexie cancéreuse bien établie, de marasme tenant à une cause autre que la grossesse, etc.

### *De l'opération en elle-même.*

Les moyens à employer pour provoquer l'avortement dans un but médical doivent tendre à établir un travail dont la marche se rapproche le plus des procédés de la nature. Nous exposerons ces moyens suivant les temps auxquels ils sont appliqués, c'est-à-dire avant, pendant et après l'opération.

1° *Avant l'opération.* — Il est bien entendu qu'on a pris toutes les précautions que nous avons indiquées dans le cours de ce travail : la lésion est bien constatée, la nécessité de l'opération mise hors de doute ; un ou plusieurs consultants ont été appelés ; la famille est prévenue, etc.

Dans la plupart des cas, il est sage de débuter par une saignée générale et une purgation intestinale, suivie de l'usage d'un lavement pour vider entièrement le rectum. On emploiera avec avantage les bains généraux plus ou moins répétés et prolongés, les injections vaginales émollientes et relâchantes, et, dans les cas de dureté extrême du col, la pommade belladonée ou opiacée, les embrocations d'huile ou d'onguent mercuriel, les bains de vapeur, etc. Un régime doux est nécessaire.

2° *Pendant.* — Après un ou plusieurs jours de ces préparatifs, on en vient à la provocation directe. Le choix ne peut rester qu'entre l'éponge préparée et la *ponction des membranes amniotiques.* Nous n'hésitons pas à donner la préférence à la première, aidée de l'éponge vaginale, sauf à compléter leur action par la ponction, si cette action restait insuffisante. En effet, comme nous l'établissions dans notre travail *sur l'accouchement prématuré* (p. 55) : « *l'éponge préparée* développe une irritation permanente, progressive, régulière et soutenue par la pression qu'exerce le tampon vaginal ; elle n'exige pas l'emploi d'instruments qui réclament plus ou moins d'habitude et de dextérité.... L'irritation qu'elle entretient détermine bientôt les contractions utérines et un travail qui, sous tous les rapports, se rapproche le mieux de l'accouchement spontané : le col s'entr'ouvre et s'efface ; les mucosités et les glaires sanguinolentes lubréfient la surface du vagin ; les membranes se décollent, bombent et éclatent, dans la plupart des cas, par le seul fait de l'orgasme musculaire de la matrice. L'expulsion étant moins subite

que par la ponction, la femme est moins exposée à l'inertie de l'utérus, aux hémorrhagies, aux syncopes, aux convulsions, etc.... »

Comme pour l'accouchement prématuré, on introduit dans le col utérin, et de préférence à travers un *speculum*, un cône *d'éponge ficelée*, long de deux pouces, large à sa base, enduit de cérat, et que l'on soutient au moyen d'une éponge ordinaire, de la grosseur d'un œuf, et poussée au fond du vagin. Des fils, attachés à chacune d'elles, pendent au dehors. — On laisse l'appareil en place pendant 8 à 12 heures, et on le renouvelle ensuite deux ou trois fois, s'il est nécessaire, en ayant soin d'augmenter chaque fois le calibre du cône en raison de la dilatation obtenue.

La femme entre temps se livre à un exercice léger; au besoin, on pratique quelques frictions hypogastriques, on administre de légers excitants, on renouvelle les bains généraux, la saignée, etc.

Si le col est suffisamment dilaté, le travail actif, la poche des eaux saillante, on perce les membranes, mais seulement à mi-terme de la grossesse (car, avant ce terme, l'expulsion en bloc est préférable). Si, au contraire, le travail tarde trop, que le col assoupli ne se dilate pas, on administre le seigle ergoté, ou l'on pratique la dilatation au moyen des doigts groupés en cône, ou les titillations utérines, le décollement des membranes, ou enfin la ponction, qui ne tarde ordinairement pas à amener le complément du travail. Les incisions sur le col utérin constituent une ressource extrême.

En faisant ainsi précéder la ponction par la dilatation, on ne court pas le risque de produire la lésion des organes utérins, source si fréquente des accidents qui suivent l'avortement criminel, provoqué par le poinçon, et le travail est ordinairement très-régulier. Il est rare que l'on ne parvienne pas à introduire le cône spongieux. Si cependant cette difficulté se présentait, on y obvierait par l'usage préalable et persévérant des injections, des bains de vapeur, des onctions relâchantes, etc. On emploierait même au besoin le doigt, le *speculum* de Mende ou le *dilatateur métallique* de Busch (voir notre Thèse, page 50).

3° *Après.* — Le fœtus expulsé, l'ondoiement accompli, le premier soin doit être l'extraction rapide du placenta. Si l'on tarde, le col se resserre, et il est quelquefois fort difficile, impossible même, d'extraire le gâteau spongieux sans violence. Il faudrait, le cas échéant, pratiquer la dilatation forcée du col, pour éviter les chances de la suppuration et de la résorption purulente, et extraire le placenta au moyen des doigts ou des pinces à faux germe, après l'avoir, s'il y a lieu, décollé de vive force. L'hémorrhagie, les convulsions si fréquentes, doivent ensuite attirer toute l'attention. La

femme est tenue dans la position horizontale; on lui administre une potion calmante : des injections détersives, une diète appropriée, doivent être continuées aussi longtemps que toute crainte de danger a disparu. Les accidents, s'il en surgit, sont combattus avec la même énergie qu'après des couches ordinaires.

---

## MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE;

Par le docteur Fréd. Hairion, professeur d'ophthalmologie à l'Université catholique, médecin de bataillon, chargé de la direction de l'Institut ophthalmique de l'armée, établi à l'hôpital militaire de Louvain, etc.

*Synonymie.* Ophthalmie vénérienne (de Saint-Yves); ophthalmie gonorrhoïque (Astruc); ophthalmie blennorrhagique (Swediaur); ophthalmie médorrhoïque (Wendt); blépharophthalmie syphilitique (Benedict); chaudepisse des paupières et du globe de l'œil (Verin); ophthalmo-blennorrhée vénérienne (Bonorden); blépharo-blennorrhée gonorrhoïque, et blépharophthalmo-blennorrhée gonorrhoïque. (Schoen); gonorrhée de l'œil; conjonctivite spécifique.

§ I. — *Définition de la maladie. — Sa nature. — Ses divisions.* — La syphilis, qui apparut pour la première fois en Europe vers la fin du xv^e siècle, ne se présenta pas dans les premiers temps avec cette variété de symptômes qui la caractérisent aujourd'hui. Des ulcères aux parties génitales et des éruptions pustuleuses en furent les premiere symptômes. Plus tard, et successivement à des époques plus éloignées, se développèrent les exostoses, les verrues, les végétations, le bubon, l'alopécie, etc. La gonorrhée ne fut observée que vers l'an 1545; mais ce n'est que 150 ans plus tard qu'il fut fait mention pour la première fois de l'ophthalmie gonorrhoïque. De Saint-Yves l'a signalée sous le nom d'ophthalmie vénérienne, et Astruc, le premier, en a donné une description détaillée. Dans les écrits antérieurs à ces auteurs, on ne trouve rien qui indique que cette maladie ait été connue, quoique plusieurs médecins, et entre autres Jean de Vigo (1514, *Pract.*, lib. 5, cap. 1) et Jean Maynard (1520, *lib.* 7, *epist.* 2) aient consacré dans leurs ouvrages des chapitres spéciaux aux maladies oculaires produites par la vérole.

Depuis Astruc, on s'est beaucoup occupé de cette maladie; la plupart des traités généraux de chirurgie et des traités spéciaux d'ophthalmologie et des maladies syphilitiques, en ont donné des descriptions plus ou moins détaillées; elle a été en outre l'objet de plusieurs mémoires *ex professo* et d'un grand nombre d'articles dans les journaux de médecine et de chirurgie.

Malgré ces nombreux écrits, son histoire n'est guère plus avancée

aujourd'hui qu'elle ne l'était du temps d'Astruc : sa nature, ses causes, son mode de développement, ses caractères, son diagnostic, etc., forment l'objet des opinions les plus dissidentes. On peut juger de la confusion extrême qui doit régner sur ces divers points de la question qui nous occupe, par la définition même de la maladie.

On donne généralement le nom de gonorrhoïque à toute ophthalmie purulente qui se déclare chez un individu atteint de gonorrhée et chez ceux dont les yeux ont été mis en contact avec de la matière des organes génitaux d'une personne affectée de cette maladie.

L'épithète gonorrhoïque, donnée à l'ophthalmie qui reconnaît pour cause l'application de la matière de la gonorrhée sur les yeux, se justifie par des rapports de *cause à effet* établis entre la maladie des organes génitaux, d'un côté, et l'ophthalmie de l'autre; mais lorsqu'on étend cette dénomination indifféremment à toute ophthalmie purulente qui se développe chez les sujets atteints de gonorrhée, on cesse de s'entendre, et l'on tombe dans la confusion la plus profonde. Car, quel que soit le rôle que l'on fasse jouer à cet écoulement dans le développement de l'affection oculaire, on ne pourra nier que, chez un individu qui en est affecté, il ne puisse quelquefois se développer une ophthalmie purulente qui n'aura aucun rapport avec la maladie des organes génitaux. Il est donc évident que cette définition manque de justesse et de précision, qu'elle embrasse des maladies différentes, et que le rôle de l'écoulement uréthral, dans le développement de l'affection oculaire, n'y est pas assez clairement déterminé.

Pour exposer avec lucidité et précision les différents points de l'ophthalmie gonorrhoïque, il est indispensable que nous exprimions préalablement notre pensée sur la nature de la blennorrhagie uréthrale. C'est en partie sans doute pour avoir négligé ces précautions, que les auteurs, partis de données différentes, sont arrivés à des résultats si divers.

Tandis que les médecins physiologistes d'un côté, Ricord et son école de l'autre, ont cherché à démontrer que la gonorrhée n'est qu'une inflammation simple, n'ayant rien de spécifique, d'autres médecins, observant sans idées préconçues la marche de la maladie, ses complications, ses conséquences, et placés d'ailleurs en dehors de tout entraînement systématique, ont reconnu que cette maladie est une affection spécifique, virulente, contagieuse, et pouvant, dans quelques cas, donner lieu, comme le chancre, à des symptômes de syphilis constitutionnelle. Dans ces derniers temps, Baumès a défendu cette thèse avec toute la verve et le talent qu'on lui connaît; il

l'a appuyée de faits, et a ramené de nombreux médecins praticiens à son opinion. Le chancre et la gonorrhée seraient donc deux maladies identiques tant qu'au fond, procédant de la même origine, et ne différant entre elles que par quelques circonstances dans les détails desquels nous ne pourrions entrer sans nous éloigner trop de notre sujet. Ce n'est pas toutefois qu'il ne puisse exister aussi des écoulements de l'urèthre qui ne reconnaissent d'autres causes que l'inoculation du virus gonorrhoïque ; mais j'en appelle ici à la conscience et à la sincérité des médecins praticiens, les écoulements contractés en dehors des circonstances qui exposent à l'infection spécifique sont extrêmement rares : aussi, dans le cours de ce mémoire, ferons-nous abstraction de ces faits, pour ne considérer la gonorrhée que comme une des formes de la syphilis primitive.

Cela posé, la première question qui se présente à résoudre est celle de savoir si l'ophthalmie gonorrhoïque participe de la nature de la gonorrhée, et si, comme cette dernière, elle peut être classée au nombre des symptômes primitifs de la syphilis. Si nous nous renfermons dans les termes de la définition que nous avons donnée de cette maladie, nous devons nécessairement admettre une *ophthalmie gonorrhoïque syphilitique* et une *ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique.* La première, identique par sa nature avec la gonorrhée, reconnaît toujours pour cause l'application directe du virus gonorrhoïque sur la conjonctive ; elle se caractérise par des propriétés spécifiques, virulentes, contagieuses, et par l'*existence constante d'une petite tumeur arrondie ou ovalaire, sous-cutanée, douloureuse à la pression, située au-devant de l'oreille du côté malade, et due à l'engorgement des ganglions lymphatiques.* La seconde, qui n'a aucun des caractères spécifiques de la précédente, appartient à la classe des ophthalmo-blennorrhées catarrhales ou scrofuleuses ; elle s'en distingue seulement par sa coïncidence avec un écoulement uréthral et par l'influence que cet écoulement exerce sur son développement et sur sa gravité. — Ainsi, pour nous, la dénomination d'ophthalmie gonorrhoïque sera un terme générique par lequel nous désignerons l'ophthalmie purulente développée au milieu des conditions déterminées dans la définition de cette maladie ; et lorsque nous voudrons en indiquer l'espèce ou en spécifier la nature, nous ajouterons les épithètes *syphilitique* et *non syphilitique.*

L'*engorgement ganglionnaire* sur lequel nous venons d'établir la distinction de l'ophthalmie gonorrhoïque n'a été signalé nulle part. Nous avons rencontré ce symptôme, pour la première fois, il y a deux ans et demi, chez un malade atteint de pannus double, traité par l'inoculation avec la matière gonorrhoïque, et dont nous rappor-

terons plus loin l'observation (1). Depuis lors, nous l'avons observé neuf fois, savoir : sur quatre malades affectés de pannus double, soumis au même traitement que le cas précédent ; sur trois sujets, atteints d'ophthalmie purulente développée à la suite de l'application de la matière gonorrhoïque sur les yeux ; chez un enfant, âgé de trois mois, qui avait perdu les deux yeux à la suite d'une ophthalmie purulente développée le lendemain de sa naissance ; enfin, une dernière fois, sur une femme qui présentait un chancre syphilitique primitif occupant la moitié interne du bord libre de la paupière inférieure gauche. Dans aucune autre affection oculaire nous n'avons rencontré cet engorgement ganglionnaire, bien que les cas sur lesquels nous ayons dirigé notre attention depuis l'instant où nous avons noté ce symptôme pour la première fois, aient été aussi variés que nombreux.

L'existence de cette tumeur dans les cas que nous avons mentionnés plus haut, et où l'inoculation du virus syphilitique avait manifestement agi comme cause déterminante, son absence absolue dans plus de 700 cas d'affections oculaires, aiguës ou chroniques, purulentes ou non purulentes, reconnaissant toute autre cause que l'action directe de ce virus, et sur lesquels nous avons porté l'attention la plus scrupuleuse, donnent à cette tumeur le caractère d'un véritable bubon syphilitique, dû à l'absorption du virus syphilitique, gonorrhoïque ou chancreux, et à son transport par les vaisseaux absorbants des paupières dans les ganglions lymphatiques correspondants.

Il est vraiment digne de remarque que le bubon pré-auriculaire ait entièrement échappé à la sagacité et à l'esprit observateur de tant d'auteurs qui ont écrit sur les maladies syphilitiques ou oculaires. Delpech ( *Clinique chirurgicale*, tom. I, pag. 319 ), il est vrai, rapporte l'observation « d'une femme jeune et bien portante, qui, s'étant « lavée avec de l'eau de Goulard et une éponge qui servait fréquem-

(1) C'est vers l'an 1812 que Jaeger employa le premier l'inoculation avec la matière blennorrhagique dans le traitement du pannus. Cette méthode, tombée dans l'oubli, fut de nouveau mise en usage, il y a quelques années, par Piringer, avec un succès vraiment remarquable Depuis, Stout, en Angleterre, Fallot, en Belgique, en ont retiré aussi de grands avantages. — Placé à la tête d'un service qui ne compte pas moins de 60 à 80 ophthalmiques, la plupart atteints d'ophthalmies anciennes et invétérées, nous avons eu souvent recours à cette méthode de traitement. — La matière d'inoculation a toujours été prise d'abord sur des individus porteurs d'ophthalmies purulentes, et quand cette matière s'est montrée impuissante, inefficace, alors seulement nous avons fait usage de la matière gonorrhoïque uréthrale. Nous nous proposons au surplus de revenir plus amplement sur ces faits dans un autre travail.

« ment à la toilette d'un jeune homme affecté de gonorrhée syphi-
« litique, contracta tout aussitôt une ophthalmie des plus aiguës
« qui entraîna rapidement la perte d'un œil, détermina des ulcé-
« rations, un engorgement des ganglions du cou, symptômes qui
« ne purent être dissipés que par un traitement mercuriel. » Mais évidemment il y a loin de l'engorgement des ganglions du cou, dont il s'agit ici, au bubon pré-auriculaire dont nous avons mentionné l'existence. D'ailleurs, cet engorgement cervical que nous n'avons observé, pour notre part, dans aucun cas d'ophthalmie gonorrhoïque, n'est présenté, dans l'observation rapportée par le célèbre professeur de Montpellier, que comme une complication accidentelle; tandis que le bubon pré-auriculaire s'est offert à nous comme un symptôme constant, invariable de la gonorrhée syphilitique de l'œil.

Mais ce qui a lieu d'étonner bien davantage, c'est que Philippe Boyer (*Traité pratique de la Syphilis*, Paris, 1836, pag. 71), qui a fondé le diagnostic différentiel des affections syphilitiques primitives des parties génitales sur l'existence constante du bubon syphilitique au pli de l'aine, n'ait jamais rencontré d'engorgement analogue dans l'ophthalmie gonorrhoïque.

La possibilité de distinguer, d'après l'existence ou l'absence du bubon pré auriculaire, l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas, nous met à même de poser les propositions suivantes que nous appuyerons de faits dans le cours de ce mémoire :

1° On doit admettre une ophthalmie gonorrhoïque syphilitique et une ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique ;

2° La première se distingue de la seconde par un caractère essentiel, constant, pathognomonique : l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants ;

3° L'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique participe de toutes les propriétés de la gonorrhée syphilitique ;

4° Elle reconnaît pour cause unique l'application de la matière de la gonorrhée sur la conjonctive, que cette matière provienne de l'individu lui-même ou d'une autre personne atteinte de cette maladie ;

5° L'ophthalmie gonorrhoïque considérée comme phénomène sympathique ou métastatique, n'est jamais de nature syphilitique; cette ophthalmie se confond entièrement avec les autres blennorrhées oculaires aiguës et ne s'en distingue par aucun caractère essentiel ;

6° Lorsqu'une ophthalmie purulente se développe chez un individu atteint de gonorrhée, il peut arriver : *a*) que la gonorrhée soit entièrement étrangère au développement de l'ophthalmie ; *b*) qu'elle agisse comme cause prédisposante (*développement par sympathie*) ; *c*) comme cause aggravante (*développement attribué à la métastase*) ; *d*)

ou enfin comme cause déterminante (*développement par inoculation*). L'ophthalmie qui reconnaît cette dernière cause est seule virulente, syphilitique ; les autres ne sauraient l'être.

7° L'existence d'un symptôme qui permet de reconnaître avec certitude l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas, est appelée à jeter le plus grand jour sur toutes les questions qui se rattachent à l'histoire de l'ophthalmie gonorrhoïque , de l'ophthalmie des nouveau-nés, et aussi sur certains points encore obscurs ou contestés de l'histoire de la syphilis en général.

8° L'apparition de ce symptôme au début de la maladie ne saurait être indifférente pour le traitement.

§ II. — *Etiologie.* — Il existe une grande divergence d'opinions sur le mécanisme de la production de l'ophthalmie gonorrhoïque. On a invoqué tour à tour, pour l'expliquer , *l'inoculation* ou *l'infection directe, la métastase , la sympathie , l'infection miasmatique* et *l'infection générale de l'organisme.*

I. *Inoculation.* — On est loin d'être d'accord relativement aux résultats de l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur les conjonctives ; nous allons résumer succinctement les différentes opinions des pathologistes sur ce point, ainsi que les diverses questions qui s'y rattachent.

*a*). Les uns, se fondant sur quelques faits mal interprétés ou incomplets, ont nié formellement que l'ophthalmie gonorrhoïque pût résulter de l'application de la matière de l'écoulement uréthral sur les conjonctives.

Le fait qui a servi de point de départ à cette opinion, partagée par plusieurs médecins, a pour sujet un élève en médecine, nommé Smith, qui porta volontairement à ses yeux du pus d'une blennorrhagie dont il était atteint , sans qu'il en résultât aucune affection de la conjonctive.

Ce fait n'a pour nous ni l'importance qu'on lui a donnée , ni la valeur scientifique qu'on en a déduite. Il arrive en effet une époque où le virus syphilitique , qu'il soit d'ailleurs *gonorrhoïque ou chancreux* , perd ses propriétés spécifiques , et même toute qualité irritante. C'est peut-être à cette circonstance que l'élève Smith a dû d'échapper aux conséquences désastreuses qu'aurait pu avoir son imprudente conduite. Nous disons *peut-être*, parce que nous pensons que l'infection de la conjonctive par la matière de la gonorrhée ne saurait avoir lieu en dehors de certaines conditions de vitalité de la part de cette muqueuse. Beaucoup d'autres ont parlé du privilége présenté par certains individus de résister à l'infection syphilitique, privilége qu'on a attribué, faute de meilleure explication , à certaines conditions de vitalité locales ou générales qui nous échappent. Il ne répugne donc pas d'admettre que le virus gonorrhoïque, appliqué sur la conjonctive, puisse,

chez quelques individus, rester sans effet, bien que dans l'immense majorité des cas, comme nous allons le voir, le contraire ait lieu, et que cette application soit suivie d'une inflammation ordinairement très-violente dans cette membrane. Il y a quelque chose d'analogue à ce que nous disons ici dans les résultats suivants, obtenus dans le traitement des pannus par l'inoculation avec la matière gonorrhoïque. Sur un des malades que nous avons soumis à ce traitement, trois inoculations furent pratiquées successivement, et à plusieurs jours d'intervalle, avant d'obtenir quelque effet; un autre malade s'est montré tout à fait rebelle à ce genre de traitement. Six fois l'inoculation fut répétée avec la matière de la gonorrhée, recueillie chez divers individus atteints de cette maladie à l'état aigu, et six fois sans résultat aucun : l'état des conjonctives resta constamment le même ; la sécrétion purulente ne parut modifiée ni dans sa quantité ni dans ses qualités, et l'engorgement des ganglions pré-auriculaires, qui n'a jamais manqué toutes les fois que l'inoculation a été suivie de réaction, n'a pas été observé dans ce cas.

*b)*. D'autres, et notamment le docteur Vetch, tout en « admettant « que le pus gonorrhoïque, pris sur une personne et appliqué sur les « conjonctives d'une autre, excite une ophthalmie purulente intense, « se refusent à admettre la possibilité de la transmission de l'infection « des yeux par l'intermédiaire du pus blennorrhagique sur la même « personne. » (Mackenzie.)

Sichel dit à ce sujet que « la question de savoir si un individu peut « s'infecter lui-même, et si la matière sécrétée par la muqueuse uré- « thrale n'est pas devenue trop homogène à l'économie pour agir sur « une autre muqueuse, n'est pas encore définitivement décidée. »

*c)*. Un grand nombre de médecins, et entre autres Astruc, Allan, Foot, Bacot, Delpech, Wardrorp, Lawrence, Mackenzie, Carron du Villards, Caffe, Langier, Rognetta, Cunier, Noppe, etc., rapportent des faits qui prouvent d'une manière incontestable que la matière de la gonorrhée, quelle que soit son origine, appliquée sur la conjonctive, y détermine une ophthalmie purulente grave. C'est d'ailleurs l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui.

*d)*. Si l'existence de l'ophthalmie gonorrhoïque par l'inoculation ne saurait plus être un sujet de contestation pour la grande majorité des médecins, il s'en faut qu'ils s'entendent sur la nature de cette maladie inoculée. Est elle contagieuse, virulente, de nature syphilitique, comme la gonorrhée d'où elle procède ; ou n'est-ce qu'une affection simplement inflammatoire? En d'autres termes, la matière gonorrhoïque appliquée sur la conjonctive agit-elle par ses propriétés virulentes, comme le pensent la plupart des médecins, quoiqu'aucun d'eux n'ap-

porte des preuves à l'appui de cette opinion, ou par ses propriétés irritantes, comme l'affirme Ph. Boyer ?

Vainement nous avons cherché dans les nombreux ouvrages écrits sur les maladies syphilitiques ou oculaires les éléments nécessaires à la solution de ces diverses questions ; partout nous n'avons rencontré que des opinions à l'état de simples assertions, ou déduites de faits incomplets et mal interprétés ; nulle part nous n'avons trouvé des données positives, appuyées sur des faits bien établis. Voici, au surplus, ce que la science possède à ce sujet : quelques auteurs ayant réussi à rappeler l'écoulement uréthral supprimé, en portant la matière purulente de l'œil dans le canal de l'urèthre, ont conclu à l'identité de ces deux maladies ; d'autres, n'ayant obtenu de cette pratique aucun résultat, ont refusé à l'ophthalmie les propriétés virulentes et contagieuses de la gonorrhée. D'un autre côté, Vetch et Schoen ont porté le pus d'un œil atteint d'ophthalmie gonorrhoïque dans le canal de l'urèthre d'un autre individu, et ils ont déterminé une violente inflammation. A côté de ces faits, nous trouvons que d'autres médecins ont obtenu des résultats semblables en employant la matière purulente de l'ophthalmie de l'armée. Les conclusions que l'on a voulu déduire de ces deux ordres de faits pour établir ou combattre l'identité de l'ophthalmie avec la gonorrhée, ne sauraient soutenir le moindre examen.

Plus heureux que ceux qui nous ont précédé dans l'étude de cette maladie, nous croyons être à même de prouver irrévocablement, par des données et des faits positifs, la spécificité de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation et son identité avec la gonorrhée.

Déjà nous avons démontré précédemment que cette ophthalmie se caractérise par le développement constant et invariable du bubon pré-auriculaire, symptôme que nous n'avons rencontré dans aucun autre cas d'ophthalmie purulente, quelles que fussent d'ailleurs son intensité et sa nature. L'expérience suivante nous paraît ne devoir laisser aucun doute sur la question que nous agitons ici. Chez un malade (Obs. I) atteint d'une inflammation violente des conjonctives, avec suppuration abondante et engorgement des ganglions pré-auriculaires, résultant de l'application de la matière virulente de la gonorrhée, nous avons recueilli du pus de l'œil et l'avons porté dans le canal de l'urèthre de l'individu même, ainsi que d'un autre malade en traitement pour des chancres syphilitiques. Chez l'un et l'autre sujet, il en résulta une inflammation assez intense de la muqueuse uréthrale, avec engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine ; mais lorsque nous avons introduit dans le canal de l'urèthre de la matière recueillie chez des individus atteints d'ophthalmie purulente, produite par toute autre cause, nous n'avons obtenu rien de

semblable. Il est bien arrivé quelquefois de déterminer une inflammation du canal de l'urèthre ; mais dans aucun cas cette inflammation ne s'est accompagnée de l'engorgement des ganglions lymphatiques des aines, et, quelle qu'ait été du reste son intensité au début, elle s'est toujours terminée spontanément au bout de peu de temps ; tandis que, chez les premiers, l'inflammation de l'urèthre n'a cédé qu'après 18 jours, chez l'un, et 25 jours, chez l'autre, du traitement ordinaire de la gonorrhée (1).

*e).* Fischer rapporte trois cas d'ophthalmie purulente développée chez des adultes dont les yeux avaient été mis en contact avec la matière purulente d'enfants atteints de l'ophthalmie des nouveau-nés. Lawrence parle aussi d'un cas semblable.

Scherrer, qui signale ces faits, en conclut qu'il existe une grande analogie entre l'ophthalmie purulente développée chez ces adultes et l'ophthalmie gonorrhoïque. Nous ne ferons qu'une seule objection aux déductions qu'on a tirées de ces faits : c'est que, pour conclure à l'analogie de l'ophthalmie des adultes qui font le sujet des observations précédentes, avec l'ophthalmie gonorrhoïque, il eût fallu avant tout démontrer la nature des cas d'ophthalmie des nouveau-nés qui ont fourni la matière d'inoculation. En effet, cette dernière maladie reconnaissant des causes très-différentes, par exemple l'ap-

(1) Nous éprouvons le besoin de donner ici quelques explications au sujet de ces deux expériences d'inoculation. A l'époque où elles ont été faites, notre conviction sur la nature de la gonorrhée n'était pas établie. Alors comme aujourd'hui l'opinion des médecins se divisait en deux camps : pour les uns, la gonorrhée n'était qu'une affection simplement inflammatoire; pour les autres, elle se montrait comme une des formes de la syphilis : tous appuyaient leurs opinions de raisonnements et de faits, et, des deux côtés, la liste des auteurs était nombreuse et composée de noms également illustres. Parmi les médecins qui partageaient cette dernière opinion, les uns accordaient à l'ophthalmie gonorrhoïque les propriétés virulentes et contagieuses de l'écoulement uréthral ; les autres les lui refusaient.

Au milieu de ce conflit d'opinions, le jeune médecin pouvait difficilement se guider ; du reste, cet état de choses ne pouvait manquer de réagir d'une manière plus ou moins fâcheuse sur la thérapeutique de la maladie. Aussi, en nous livrant à ces essais d'inoculation, avions-nous moins en vue d'éclairer un point obscur de l'histoire de la syphilis, que d'arriver à de nouvelles données qui pussent guider le médecin dans le traitement de cette grave maladie.

N'avions-nous pas d'ailleurs été précédé dans cette voie d'expérimentation par plusieurs médecins, et n'avions-nous pas devant nous des faits nombreux d'inoculation du virus chancreux, pratiquée dans ces derniers temps par une foule de praticiens les plus distingués? Au surplus, faisons remarquer que nos deux expériences ont été faites chez des individus qui présentaient déjà des symptômes de syphilis, circonstance qui devait encore en atténuer les conséquences.

plication de la matière gonorrhoïque sur les yeux de l'enfant pendant le travail de l'accouchement, l'action du froid, des causes irritantes, etc., sa nature ne saurait être toujours la même. Si l'ophthalmie est produite par la première cause, alors seulement elle sera virulente, syphilitique, et la matière purulente qu'elle fournit, appliquée sur les yeux d'un autre individu, pourra déterminer une ophthalmie qui présentera une parfaite identité avec l'ophthalmie gonorrhoïque ; mais dans les autres cas l'ophthalmie des nouveau-nés sera une ophthalmie purulente simple ou catarrhale, qui ne saurait jamais donner lieu qu'à une affection de même nature et qui différera entièrement de la précédente. (*Voir* l'Obs. IV.)

*f*). Il nous reste une dernière question à examiner : celle de la fréquence relative de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation. Pour la résoudre, il faudrait des relevés statistiques, et la science n'en possède pas ; elle ne pouvait même en établir jusqu'ici, faute d'éléments nécessaires. Cependant pour la plupart des médecins la question est résolue d'avance, et pour eux l'inoculation constitue le mode de développement le plus ordinaire de l'ophthalmie gonorrhoïque. Ils appuyent leur opinion, d'un côté, sur la fréquence plus grande de cette ophthalmie chez l'homme que chez la femme, et, de l'autre, sur la fixation de la maladie le plus souvent sur un seul œil.

En admettant comme démontré que l'ophthalmie gonorrhoïque est réellement plus fréquente chez l'homme que chez la femme, est-ce bien, comme on le pense, à la forme des vêtements, qui rendrait l'inoculation plus facile chez le premier, qu'il faut attribuer exclusivement ce résultat ? Nous ne le pensons pas ; car si l'inoculation a lieu moins souvent chez la femme, ce que nous admettons volontiers, celle-ci est aussi bien moins exposée que l'homme à l'influence des excès de toutes espèces, des marches forcées, des vicissitudes atmosphériques, et autres causes qui ont une action si marquée sur le développement de l'ophthalmie purulente chez les individus atteints de gonorrhée. Il est en effet bien digne de remarque que là où ces dernières causes agissent d'une manière plus active, là aussi où les ophthalmies catarrhales sont plus fréquentes, nous voyons l'ophthalmie gonorrhoïque devenir de plus en plus commune. Lorsque, au contraire, les individus affectés de gonorrhée sont placés dans les conditions les plus favorables à l'inoculation, et que, en même temps, ils sont soustraits aux causes que nous venons d'indiquer, le développement de l'ophthalmie devient très-rare. Dans les hôpitaux, par exemple, où les hommes atteints de gonorrhée restent couchés une grande partie de la journée, et peuvent si facilement porter les mains des parties génitales aux yeux, on voit rarement l'ophthalmie gonorrhoïque se développer. Nous avons traité dans l'espace de neuf

années plus de 500 militaires atteints de gonorrhée, et nous n'avons pas vu une seule fois l'ophthalmie se développer pendant leur séjour à l'hôpital. C'est ordinairement à la suite d'excès, de fatigues, d'une marche forcée; c'est le plus souvent en descendant de garde, ou après s'être refroidis; c'est pendant qu'ils sont en traitement pour l'ophthalmie granuleuse dans les infirmeries régimentaires, que l'affection des yeux se développe. Nous avons observé l'ophthalmie gonorrhoïque sur 12 militaires appartenant à des corps en garnison à Louvain ; tous avaient contracté l'ophthalmie à la caserne. L'Institut ophthalmique de l'armée, depuis son établissement jusqu'aujourd'hui, a reçu 48 hommes pour des altérations oculaires attribuées à l'ophthalmie gonorrhoïque ; six seulement nous ont déclaré avoir contracté l'ophthalmie à l'hôpital, pendant qu'ils y étaient en traitement pour l'écoulement uréthral. D'ailleurs, si l'ophthalmie purulente, qui se montre chez les individus atteints de gonorrhée, reconnaissait l'inoculation pour cause principale, sa fréquence serait en rapport avec celle de la blennorrhagie ; or, il n'en est rien : c'est ainsi que l'ophthalmie gonorrhoïque est très-rare en France, quoique les affections syphilitiques y soient beaucoup plus répandues qu'en Belgique.

La seconde raison que l'on a donnée en faveur de la fréquence du mode de développement de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation, c'est-à-dire la fixation de l'inflammation sur un seul œil, n'est pas mieux fondée que la première : nous verrons plus loin que cette opinion, qui a généralement cours dans la science, a contre elle l'observation particulière de plusieurs médecins et quelques relevés statistiques généraux. *(La suite à un prochain numéro.)*

---

## HISTOIRE DE LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ;

Par le docteur ROSENBAUM.

(Traduit de l'allemand, par J. Santlus, ex-médecin militaire, et revu par M. le docteur Desiouelle.)

(Suite : *voir le n° de mars* 1846, p. 267.)

### § XIV.

### *Nousos théleia* (1).

Le passage précédent de Dio Chrysostome nous mène de plus d'une manière à la *nousos théleia* des Scythes, qui a donné lieu à

(1) Bose, E. G. *Programma de Scytharum* nosô théleia., Lips., 1774; in-4°.— Heyne, Chr., *De maribus inter Scythas morbo effeminatis et de hermaphrodi-*

tant de discussions. Stark a réuni avec soin toutes les explications qui jusqu'à présent en ont été données par différents auteurs ; aussi prendrons-nous son ouvrage pour base de nos recherches.

Hérodote (1) raconte que les Scythes se seraient emparés de toute l'Asie, et que quelques-uns, à leur retour à Ascalon, ville de Syrie, auraient dépouillé un ancien temple de *Venus Urania ;* il dit ensuite :

« La déesse envoya la *nousos thêleia* à ceux des Scythes qui « avaient dépouillé son temple et à tous leurs descendants : eux-« mêmes avouent que leurs maux viennent de là; et ceux qui vi-« sitent leur pays ont occasion de les voir dans un état auquel ils « donnent le nom d'*énareas.* »

Les diverses opinions émises sur la *nousos thêleia* peuvent être classées de la manière suivante :

1) (*Vices.*) *a*) La *pédérastie.* C'est évidemment l'opinion la plus ancienne, déjà signalée par Longin, et particulièrement soutenue par Bouhier (2), et que partagent également les traducteurs de Longin, de Toll, de Pearce, de Casaubonus et de Costar (3); — *b*) l'*onanisme*, pour lequel Sprengel (4) se déclare formellement.

2) (*Maladies physiques.*) *a*) Les *hémorrhoides* : c'est l'avis de Paul Thomas de Girac (5), de Valkenarius dans ses *Annotations sur Hérodote*, de Bayer (6), ainsi que des auteurs de l'*Histoire générale* (7); *b*) La *menstruation*, pour laquelle se seraient prononcés Lefèvre et Dacier ; — *c*) la *gonorrhée*, que voulaient y trouver Patin (8),

*tis Floridæ*, in *Comment. Societatis Gotting.* 1779, vol. I, p. 28-44. — Nebel, E. L. W., *De morbis veterum obscuris.* Sect. I. Giess. 1794, n° 1, p. 17-18.— Graaf, *Morbus femineus Scytharum Dissert.* Wirceb. s. a. 8 ; continué par J. B^tc Friedreich (*voir* p. 33). — Starck, C. W. *De nousô thêleia apud Herodotum Prolusio.* Ienæ, 1827, p. 64, in-4°.—Friedreich, J. B., *Nousos thêleia.* Fragment historique dans son *Magazin für Seelenheilkunde*, cah. I. Würzburg, 1829, p. 71-78 et dans ses *Analekten zur Natur und Heilkunde.* Würzburg 1831, in-4°, p. 28-33.

(1) *Hist.*, lib. I, c. 105. Toisi de tôn skytheôn sylêsasi to hiron to en Askalôni, kai tois touteôn aiei ekgonoisi, eneskêpse hê theos *thêleian nouson* ; hôste hama legousi te hoi skythai dia touto spheas noseein, kai horan par' heôutoisi tous apikneomenous es tên skythikên chôrên ôs diakeatai, tous kaleousi *Enareas* hoi skythai.

(2) *Recherches et Dissertations sur Hérodote.* Dijon, 1746, in-4°, p. 207-212, chap. XX : Ce que c'était que la maladie des femmes que la déesse envoya aux Scythes.

(3) Costar, *Défense des OEuvres de Voiture*, et *Apologie*, page 194.

(4) *Apologie des Hippocrates.* Leipzig, 1792, vol. II, page 616.

(5) *Réponse à l'apologie de Voiture* ; par Costar, page 54.

(6) *Memoria scythica in Commentat.* Petropolitan., 1732, vol. III, p. 377-78.

(7) *Idem*, vol. VI, p. 35.

(8) *Comment. in vetus monument.* Ulpiæ Marcellin., p. 413.

Hensler (1) et Degen (2); — *d*) la *perte des testicules*, dans laquelle Mercurial (3) voit de véritables eunuques : Starck partage cette opinion; seulement il y trouve une maladie qui, en enlevant toute la force virile physique et morale, ramènerait l'homme au type de la femme.

3) *Une maladie mentale*, savoir une espèce de mélancolie. Cette idée eut pour défenseurs Sauvages (4), Heyne, Bose, Koray (5) et Fiedreich.

Il nous resterait maintenant à peser les raisons avancées pour et contre ces divers sentiments; mais si nous parvenons à prouver que l'un d'eux est le meilleur, le véritable, tous les autres seront réfutés par ce seul fait. Nous essayerons donc de défendre l'opinion la plus ancienne, celle qui reconnaît dans la *nousos thêleia* le vice de la pédérastie. Nous ferons cependant observer qu'on ne doit pas entendre seulement par le mot *pédérastie* les vices des pédérastes, activement parlant, mais aussi ceux qui y jouent un rôle plus passif, par conséquent le vice du *pathicus;* circonstance qui, selon nous, a été complétement négligée par les adversaires de cette interprétation.

La première question à résoudre serait donc celle-ci : *La pédérastie pouvait-elle être regardée comme une vengeance de Vénus?* Puisqu'il est question des anciens Scythes, il faudrait d'abord faire voir quelle idée ceux-ci se faisaient de Vénus. — Comme ces peuples attribuaient la *nousos thêleia* à la vengeance de cette déesse, nous sommes en droit de répondre affirmativement à la demande que nous venons de poser (6). Que les Scythes aient regardé Vénus comme la déesse de la fécondité, ou bien qu'ils aient vu en elle la divinité dispensatrice des plaisirs de l'amour, toujours est-il que, pour eux, elle retirait aux pédérastes les marques de sa faveur: le bonheur de la procréation leur était refusé, ainsi que le plaisir intime attaché au coït d'après nature; ils devenaient indifférents à l'un comme à l'autre (7). Le premier signe de la vengeance divine était la privation de ces bienfaits.

(1) *Geschichte der Lustseuche.* Altona, 1783, vol. I, p. 211.
(2) *Uebersetzung des Herodot*, vol. I, p. 81. Notes.
(3) *Variæ lectiones*, lib. III, p. 64.
(4) *Nosologia methodica.* Lyon, 1772, t. VII, p. 365.
(5) Hippocrate, *De aere, aq. et loc.* Tome II, p. 326.
(6) Vénus dit elle-même dans Euripide, *Hippolyt*, 5 : « J'aime et je protége « celui qui reconnaît ma puissance; je détruis celui dont l'orgueil se ré- « volte contre moi. »
(7) Platon, *Sympos.*, 192. b. « Pros gamous kai paiopoïïas ou prosechousi « ton noun physei, alla hypo tou nomou anagkazontai, all' exarkei autois met « allêlôn katazên agamois. »

Il nous est difficile de comprendre comment Stark, suivant en cela l'exemple d'un Français inconnu, cité par Larcher (1), a pu soutenir que l'on ne peut trouver dans ce fait une punition : nous ne voyons pas comment Vénus eût agi, dans ce cas, contre ses propres intérêts. Cependant Larcher lui-même appelle cet inconnu *un homme d'esprit, mais peu instruit;* ce qui nous semble prouver qu'il ne s'agit ici que d'une plaisanterie que Stark (pages 7 et 20) a prise au sérieux. A l'appui de notre opinion vient encore un autre fait rapporté par Dio Chrysostome, au sujet du passage cité plus haut sur la transpiration excessive des aisselles dont les femmes de Lemnos étaient affectées (2) : » Hæc Dea veluti etiam ceteri, « sua sacrificia prætermitti non æquo animo ferebat : quæ cum « Lemniæ mulieres Veneris sacrificia sprevissent, Deæ maxime « iram in se concitasse creditæ sunt, quod etiam non impune

(1) *Histoire d'Hérodote*, traduite du grec par M. Larcher. Tome I. Paris, 1786 ; p. 368. « Un homme d'esprit, mais peu instruit, croyait que le senti- « ment de M. le président Bouhier se détruisait de lui-même. Peut-on sup- « poser, dit-il, que Vénus, aveugle en sa vengeance, se soit fait à elle-même « l'affront le plus sanglant, et qu'aux dépens de son culte, elle ait procuré des « adorateurs au dieu de Lampsaque, qu'elle ne doit chérir que lorsqu'il vient « sacrifier sur ses autels. »

(2) Natalis Comitis *Mythologia*, p. 392. — Scholiastes ad Lucian. Amor., c. 2 : « Epei kai tais Lemniais gynaixin egkytos Aphroditê genomenê, eite *dysô-* « *deis autas poiêsasa*, *apokoitous autas poiêsai tous andras autôn ênagka-* « *sen.* » Pareillement le scoliaste d'Apollonius Rhodius, *Argonaut.*, I, 609 : « Hai Lemniai gynaikes—tôn tês Aphroditês timôn katoligôrêsasai, kath' heau- « tôn tên theon ekinêsan; *pasais gar dysosmian enebalen, hôs mêketi autas* « *tois andrasin areskein.* » De même le scoliaste d'Euripide (*Hecuba*, vers 887), qui cite pour garant Didymus : « En Lêmnô gynaikes eteloun etêsion « heortên tê Aphroditê ; epei oun pote kataphronêsasai tês theou, apelipon to « ethos *hê Aphroditê enebalen autais dysôdian, hôs mê dynasthai tous heau-* « *tôn andres autais plêsiasai* ; hai de nomisasai, hypo tôn andrôn kataphro- « neisthai, toutous pantas apekteinan ; ho de *Didymos* houtô. » Le Lesbien Myrtilus ou Myrsilus (*Lesbica*, lib. I) raconte d'une autre manière l'origine de la mauvaise odeur des Lemniennes. Il l'attribue à la sorcellerie de Médée, qui était arrivée à Lemnos avec Jason. Antigonus Carystius (*Hist. mirabil. collect.*, edit. J. Meursius. Lugdun. Bat., 1629, in-4°, cap. 130, p. 97) cite ce passage de l'ouvrage perdu de Myrtilus : « Tas de Lêmnias dysosmous genesthai, « Mêdeias aphikomenês met' Jasonos kai pharmaka emballousês eis tên nêson, « kata de tina chronon kai malista en tautais tais hêmerais, en hais historousi « tên Mêdeian paragenesthai, dysôdeis autas houtôs ginêsthai, hôste mêdena « prosienai. » — Le scoliaste d'Apollonius Rhod., I, 615, dit aussi : « Tôn allôn « historountôn, hoti kata cholon tês Aphroditês hai Lêmniades dysosmoi ege- « nonto, Myrtilos en prôtô Lesbikôn diapheretai ; kai phêsi tên Mêdeian « parapleousan, dia zêlotypian rhipsai eis tên Lêmnon pharmakon, kai dysos- « mian genesthai tais gynaixin, einai te mechri tou nyn kat' eniauton hême- « ran tina, en hê dia tên dysôdian apostrephontai tas gynaikas andres te kai « hyieis. » Enfin, on trouve dans l'*Anthologie grecque* (edit. ab H. de Bosch,

« putantur fecisse. *Nam tantum fœtorem illis excitasse feminis* « *Dea perhibetur, ut a suis maritis contemnerentur.* »

Si l'opinion de S. Paul et de S. Athanase, que nous avons fait connaître plus haut, était la vraie, on devrait admettre que les Lemniennes se seraient prêtées à la pédérastie avec leurs maris, d'où elles sentaient de la bouche, et que ceux-ci les abandonnaient ensuite pour vivre avec les femmes faites prisonnières en Thrace. (Apollonius.) Il paraît que les anciens, du moins les Grecs et les Romains, croyaient généralement que le coït contre nature, ainsi que les autres vices de cette espèce, avaient été inspirés aux hommes par Vénus pour se venger de ceux qui lui avaient manqué (1).

vol. I, p. 416) lib. II, tit. 14, nº 4, une épigramme de Lucillius, où il est parlé de la mauvaise odeur des Lemniennes :

Oute Chimaira toiouton *epnei* kakon, hê kath' Homêron,
Ouk agelê taurôn (hôs ho logos) pyripnous,
*Ou Lêmnos sympas'*, ouch Harpyiôn ta perissa,
Oud' ho Philoktêtou pous aposêpomenos,
Hôste se pampsêphei nikan, Telesilla, Chimairas,
Sêpedonas, taurous, ornea, *Lêmniadas.*

La mauvaise odeur que répandait la Telesilla était donc plus forte que toutes les mauvaises odeurs connues, même celle des Lemniennes. Dans Valerius Flaccus, lib. II, 99-241, on trouve également la même chose rapportée des Lemniennes.

(1) C'est pourquoi Iphis, dans les *Métamorphoses d'Ovide*, lib. X, 723 et seq., s'exprime ainsi :

Iphis amat, qua posse frui desperat, et auget
Hoc ipsum flammas ; ardetque in virgine virgo.
Vix tenens lacrimas : Quis me manet exitus, inquit,
Cognita quam nulli, quam prodigiosa novæque
Cura tenet Veneris? Si dii mihi parcere vellent,
*Naturale malum* saltem et *de more* dedissent.
Nec vaccam vaccæ, nec equas amor urit equarum.
Femina femineo correpta cupidine nulla est.
Vellem nulla forem.

Lucillius dit du pédéraste Cratippe (*Anthol. græc.*, lib. II, tit. V, nº 1) :

Ton philopaida Kratippon akousate; thauma gar hymin,
Kainon apaggellô ; *plên megalai nemeseis* ;
Ton philopaida Kratippon aneuromen allo genos; ti ?
Tôn heterozêlôn êlpisa tout' an egô ?
Elpisa touto, Kratippe ? manêsomai, ei lykos einai
Pasi legôn ephanês exapinês eriphos.

L'extrait suivant d'Eschine, *Orat. in Timarch.*, p. 179, mérite également d'être cité : « Mê gar oiesthai, ô Athênaioi, tas tôn atychêmatôn archas apo « theôn, all' ouch hyp' anthrôpôn aselgeias ginesthai, mêde tous êsebêkotas, « kathaper en tais tragôdiaisi Poinas elaunein kai kolazein dasin êmmenais ;

Tel serait l'exemple de Philoctète, dont le scoliaste de Thucydite (1) dit : « Philoctète, atteint de la *nousos thêleia* pour avoir tué Pâris, et ne pouvant supporter cette ignominie, quitta sa patrie, et alla fonder une ville qu'il appela *Malakia*, à cause de son mal (*pathos*). Martial (2) fait aussi allusion à cette tradition lorsqu'il dit :

*In Sertorium.*

Mollis erat, facilisque viris Pæantius heros,
Vulnera sic Paridis dicitur ulta Venus.
Cur lingat cunnum Siculus Sertorius, hoc est,
Ex hoc occisus, Rufe, videtur Eryx.

Il ne peut être question ici de la maladie qui retenait Philoctète à Lemnos et qui l'empêchait de prendre part à la guerre de Troie. Si le mythe ancien du *thêleia nousos* ne contient rien de précis, cela s'explique, d'après Meyer, parce qu'à l'époque où la pédérastie fut le plus en vogue, on inventa toutes sortes de contes pour justifier ce vice. C'est ainsi que Martial (3) dit à Gaurus :

Quod nimio gaudes noctem prOducere vino,
Ignosco : vitium, Gaure, Catonis habes.
Carmina quod scribis Musis et Apolline nullo,
Laudari debes : hoc Ciceronis babes.
Quod vomis : Antoni, quod luxuriaris : Apici ;
Quod fellas — vitium dic mihi, cujus habes ?

Cette épigramme fait voir assez clairement que les poëtes se plaïsaient à attribuer à une vengeance de Vénus toute espèce de jouissances amoureuses contre nature ; ici il est évidemment question d'un *cunnilingus*, ce qui serait l'analogue de la pédérastie de Philoctète. Il y est dit : Le sicilien Sertorius est devenu *cunnilingus*, sans doute parce qu'il avait assassiné un habitant d'Eryx, où Vénus

« all' hai propeteis tou sômatos hêdonai, kai to mêden hikanon hêgeisthai. » (*Voy.* Theo., *Progymnas.*, c. 7.) — Cicéron, *Orat. in Pison.*, § 2 : « Nolite putare, P. C., ut in scena videtis, homines consceleratos impulso deorum terreri Furiarum tædis ardentibus. Sua quemque fraus, suum facinus, suum scelus, sua audacia de sanitate ac mente deturbat. Hæc sunt impiorum furiæ, hæ flammæ, hæ faces. »

(1) *De Bello peloponnesiaco*, lib. I, c. 12, edit. Bauer. Lips., 1780, in-4°, p. 33 : « Kai Philoktêtês dia ton Paridos thanaton *thêleian noson* nosêsas, kai mé pherôn tên aischynên, apelthôn ek tês patridos, ektise polin, hên dia *to pathos Malakian* ekalese. » — Manso aussi partage notre opinion sur ce passage.

(2) Lib. II, Epigr. 84. Nous ne comprenons pas comment Meyer a pu tirer de ces lignes la preuve que Philoctète aurait été le *pathicus* d'Hercule, puisque ce dernier était déjà mort depuis longtemps lorsque Philoctète fut puni de ce vice par Vénus.

(3) Lib. II, Epigr. 89.

avait un temple. — On ne sera donc plus surpris qu'on ait imputé plus tard à Philoctète de s'être livré à l'onanisme et à la pédérastie; ce qui ressort des vers suivants d'Ausonius (1) :

*Subscriptum picturæ Crispæ mulieris impudicæ.*

Præter legitimi genitalia fœdera cœtus,
Reperit obscœnas Veneres vitiosa libido.
*Herculis hæredi quam Lemnia suasit egestas,*
Quam toga facundi scenis agitavit Afrani,
Et quam Nolanis capitalis luxus inussit :
Crispa tamen cunctas exercet corpore in uno :
Deglubit, fellat, molitur per utramque cavernam,
Ne quid inexpertum frustra moritura relinquat.

Starck (page 19) a en effet raison de faire observer que ce passage n'a rien de commun avec la *théleia nousos*, mais le poëte n'est nullement *temporum ordine lapsus*, comme on l'a déclaré dans une note. Il n'y est même pas parlé d'une vengeance de Vénus, puisqu'on y lit tout simplement : *que la solitude avait porté à l'onanisme l'héritier des flèches d'Hercule.* Ce fait n'est pas une supposition gratuite, comme le prétend Starck, il est renfermé textuellement, non-seulement dans les mots *Lemnia egestas*, mais encore dans toute la suite des idées exprimées dans cette épigramme. Le poëte y énumère toute la série des vices de Crispa. Le moins abominable est l'onanisme comme le pratiquait Philoctète ; vient ensuite celui des cinèdes ou des pathici, dont le représentant est un certain Afranius ; le troisième, et le plus honteux de tous, est le *fellare.* C'est donc évidemment à tort que les interprètes ont cité le scoliaste de Thucydide pour expliquer ces vices. Si Philoctète eût été cinède, les vers suivants auraient été superflus; les scoliastes n'en disent pas un mot, sans doute parce qu'ils n'ont pas compris cette allusion. Ce fait s'explique encore par ces paroles de Quintilien (2) : « Togatis excellit Afranius, utinamque « non inquinasset argumenta puerorum fœdis amoribus, mores « suos fassus. » Forberg, *in loc. cit.*, page 283, cite ce passage ; mais il déclare, comme à la page 343, que le plaisir de Philoctète était le même que celui du pathicus. — On trouve une nouvelle preuve de la vengeance de Vénus dans l'amour impudique par lequel la race des Héliades fut punie. Hyginus (3) dit : Soli ob

(1) *Opera in usum Delphini*, rec. J. B. Souchay. Parisiis, 1730, in-4°. (Les *Obscœna e textu Ausoniano resecta* y sont imprimés à la fin de l'ouvrage avec une pagination particulière), p. 4. Carm. 71.

(2) *Institut, orat.*, lib. X, 1.

(3) Fab. 148.—Barth, *Ad Statii Thebaid.*, V, 59.

indicium (concubitus cum Marte) Venus *ad progeniem* ejus semper fuit inimica; et Séneque (1) :

> Stirpem perosa solis invisi Venus
> Per nos catenas vindicat Martis sui
> Suasque : *probris* omne Phœbeum genus
> Onerat *infandis*.

Un exemple d'une vengeance semblable se rencontre chez la Pasiphée. Le scoliaste dit, à l'occasion d'un passage de Lucien : « *epei Hêliou ousa ek mênidos Aphroditês taurou êrasthau.* » On pourrait très-bien déduire de là qu'elle est devenue *pathica*, parce que *tauros*, comme *kentauros*. signifie pédéraste. C'est pourquoi Théomnète dit dans Lucien (2) : « Mon regard lascif « semble absorber tout ce qui est beau et n'être jamais rassasié : « j'ai souvent pensé que je devais l'attribuer à la colère d'Aphro- « dite ; cependant je ne suis pas un Héliade, ni un héritier naturel « des Lemniennes, ni fier de la stupidité d'Hippolyte, pour avoir « pu attirer sur moi la haine implacable de la déesse. » Suivant le juif Philon (3), la pédérastie aurait été la punition de ceux qui se mariaient avec des femmes divorcées, etc. « Pros de sym- « baseis hei tis etheloi chôrein anêr tê toiautê gynaiki, *malakias* « *kai anandrias ekpheresthô doxan*, hôs ektetmêmenos tês psy- « chês to biôphelestaton misoponêron pathos; — dikên oun ti- « netô syn tê gynaiki. » — Athenæus, *Deipnos.*, XIII, p. 605, D, « fait dire à quelqu'un : « Horate oun kai hymeis, hoi philoso-

(1) *Tragœdia Hippolyt.*, 124; et Servius, *Ad Virgil. Æneid.*, lib. VI, vers 14 : Venus vehementer dolens stirpem omnis Solis persequi *infandis amoribus* cœpit.

(2) *Amores*, cap. 2 : « Houtô tis hygros tois ommasin enoikei myôps, hos « hapan kallos eis hauton harpazôn ep' oudeni korô pauetai; kai syneches apo- « rein eperchetai moi, tis houtos Aphroditês ho cholos : ou gar Hêliadês egô « tis, oude Lemniadôn *eris*, oude Hippolyteion agroikian ôphryômenos, hôs « erethisai tês theou tên apauston tautên orgên. » Il est fort probable qu'ici le mot *eris* est corrompu, ou qu'il provient du mot *erethisai*, qui, dans le manuscrit, se trouve immédiatement au-dessous de *eris*. Jacobs a proposé *ernos*; ce qui serait trop poétique pour Lucien : peut-être pourrait-on lire *ereus*, qui offre le même sens. Ne faudrait-il pas dans le texte : *hybrin?* Comme il s'agit de la punition des femmes de Lemnos, dont il a été parlé plus haut, le passage doit être de Lucien ; mais par le mot *Lemniadôn* il n'a pas entendu les descendants des Lemniennes, mais bien celles-ci elles-mêmes. Apollonius, *Rhod. Argont.*, 653, dit aussi *Lemniades de gynaikes*, pour les habitantes de Lemnos. On sait en outre que les Grecs désignaient par le mot *hybris* toute conduite de l'homme qui peut attirer la colère des dieux, p. e. : « epithymia gar kakê onoma hybrys, kai ton tês epithymias hippon hybristên ho Platôn » (*Phædr.*, p. 1226, 27); — « Proseipen, Hippoi thêlymaneis egenêthête moi anagnous » (Clemens. Alexand., *Pædagog.*, lib. II, c. 10).

(3) *De specialib. legg. Opera*, vol. II, p. 304.

« phoi para physin tê Aphroditê chrômenoi, kai *asebountes eis* « *tên theon*, mê ton auton diaphtharête tropon. » Diodore (V. 55) raconte que les fils de Neptune étaient, par suite d'une vengeance de Vénus, dans un tel état de fureur érotique, qu'ils eurent commerce avec leur mère. Les Propotides, qui niaient la divinité de Vénus, furent également atteintes d'une telle rage amoureuse, qu'elles se livraient au premier venu. Finalement, elles furent transformées en pierres (1). Myrrha, dont la mère passe pour avoir été plus belle que Vénus, a été poussée par la déesse à un commerce incestueux avec son père (2). Plus tard, on alla même jusqu'à attribuer cette puissance à l'astre de Vénus; car on prétend que le passage suivant se trouve dans Firmicus : « In octavo ab horoscopo loco, « Mercurius cum Venere, si vespertini ambo, inefficaces et apo- « copos reddent, et qui nihil agere possint. » Cette idée pourrait bien devoir son origine au nom d'Hermaphroditus (3).

Selon l'opinion générale des anciens, la *thêleia nousos* des Scythes, ainsi que la maladie de Philoctète, peuvent très-bien être considérées comme le résultat de la vengeance de Vénus ; car, suivant nous, il est suffisamment prouvé que la pédérastie a toujours été regardée, dans l'antiquité, et surtout par les Grecs, comme un vice. Starck nie cette assertion (p. 12, 16, 20); mais il n'a trouvé de preuve à l'appui de son opinion que dans une erreur qui existait encore de son temps : celle de confondre les *pedophili* avec les pédérastes.

On ne sait pas du reste ce qui a porté les Scythes à attribuer ce mal à la vengeance de Vénus. Nous devons cependant faire remarquer que les *pathici* eux-mêmes n'y croyaient pas, puisque Hérodote dit expressement. *Legousi te hoi Skythai dia touto spheas noseein.* Ce n'étaient en outre que *oligoi tines autôn hypoleiphthentes*, quelques traînards ou marodeurs qui avaient pillé le temple; circonstance à laquelle plus tard on a rapporté la *thêleia nousos*, comme ce fut l'assassinat de Pâris par Philoctète qui fut la cause de la vie impudique de celui-ci.

(1) Ovide, *Metam.*, lib. X, 238.

(2) Ovide, *Metam.*, X, 298.—Servius, *Ad Virg. Eclog.*, X, 18.—Fulgentius, *Mythol.*, III, 8.

(3) Ausonius, Epigr. C.

*De Hermaphrodito.*

Mercurio genitore satus, genitrice Cythere,
Nominis ut mixti, sic corporis Hermaphroditus,
Concretus sexu, sed non perfectus, utroque :
Ambiguæ Veneris, neutro potiundus amori.

## § XV.

Une seconde question à résoudre est celle-ci : Comment Hérodote a-t-il pu dire *que ce n'étaient que les descendants de quelques individus qui étaient toujours affectés de la* thêleia nousos. Il ne fait généralement mention que de sujets mâles; il dit que dans certaines familles eux seuls sont devenus cinèdes. Il n'étend nullement la *nousos thêleia* à la totalité de la race scythe. Encore aujourd'hui, nous remarquons assez souvent que les penchants du père passent au fils ; pourquoi donc serait-on étonné de voir se maintenir l'impudicité des cinèdes dans une même famille? Du reste, les spoliateurs du temple n'étaient pas les seuls que les anciens plaçassent dans cette condition. Lysias (1) dit, par exemple, que la plupart des membres de la famille d'Alcibiade se sont prostitués pour de l'argent. Ce qui plus est : c'est que, dans l'antiquité, on croyait en effet que les *pathici* naissaient avec une disposition à ce vice; ce qui ressort d'un fragment de Parmenide (509 a. Ch.) que nous a conservé Cælius Aurelianus (2) dans un chapître de son ouvrage. Il y traite uniquement du vice des *pathici*, et à cet égard son livre, que l'on a négligé jusqu'à présent, est pour nous d'une grande importance; aussi allons-nous en faire ici un extrait.

*De mollibus sive subactis, quos Græci* MALTHAKOUS *vocant.*

« Molles sive subactos Græci *malthakous* vocaverunt, quos « quidem esse nullus facile virorum credit. Non enim hoc hu- « manos ex natura venit in mores, sed pulso pudore, libido etiam « indebitas partes obscœnis usibus subjugavit. Cum enim nullus « cupiditatis modus, nulla satietatis spes est, singulis Sparta non « sufficit sua. Nam sic nostri corporis loca divina providentia certis « destinavit officiis. Tum denique volentes alliciunt veste atque « gressu, et aliis femininis rebus, quæ sunt a passionibus corporis

(1) *Orat. contra Alcibiad.*, I, p. 550. « Hoi men polloi autôn hêtairêsasin. » (*Voy.* Meyer, *loc. cit.*, p. 173, et p. 254, où l'on trouve, dans une note, le mot *hetairein*, en parlant des hommes, comme signifiant : *se prostituer à prix d'argent.*)

(2) *De morbis acutis et chronicis*, lib. VIII, edit. Amman. Amstelodami, 1722, in-4°. — *Morbor. chronic.*, lib. IV, c. 9. L'auteur y parle de vers et de maladies des intestins. On serait tenté de croire que l'on plaçait alors le siége de l'impudicité, partant d'une maladie, dans le rectum, bien que l'auteur ajoute que ce penchant trouve sa cause dans un dérangement des facultés mentales.—(*Voy.* C. Barth, *Adversar.*, lib. IV, c. 3. ; lib. XLIII, c. 21. ; lib. XLVIII, c. 3. ; lib. XXIII, c. 2 ; lib. XIII, c. 13 ; où se trouvent quelques corrections qui rétablissent la pureté du texte.)

« aliena, sed potius corruptæ mentis vitia. Nam sæpe tumentes « (timentes), vel, quod est difficile, verentes quosdam, quibus « forte deferunt, repente mutari parvo tempore virilitatis quærunt « indicia demonstrare, cujus quia modum nesciunt, rursum nimie- « tate sublati, plus quoque quam virtuti convenit, faciunt et « majoribus se peccatis involvunt. Constat itaque etiam nostro « judicio, hos vera sentire. Est enim, ut Soranus ait, malignæ ac « fœdissimæ mentis passio. Nam sicut feminæ Tribades (1) ap- « pellatæ, quod utramque Venerem exerceant, mulieribus magis « quam viris misceri festinant, et easdem invidentia pene virili « sectantur et cum passione fuerint desertæ, seu temporaliter « relevatæ, ea quærunt aliis objicere, quæ pati noscuntur, juva- « mini humilitate (juvandi voluptate ex) duplici sexu confecta, « velut frequenti ebrietate corruptæ in novas libidinis formas « erumpentes, consuetudine turpi nutritæ, sui sexus injuriis « gaudent, illi comparatione talium animi passione jactari nos- « cuntur. Nam neque ulla curatio corporis depellendæ passionis « causa recte putatur adhibenda, sed potius animus coërcendus, « qui tanta peccatorum labe vexatur. Nemo enim pruriens corpus « *feminando* correxit, vel virilis veretri tactu mitigavit, sed com- « muniter querelam sive dolorem alia ex materia toleravit. Denique « etiam à Clodio historia curationis data ascaridarum esse perspi-

(1) Tribades dictæ a *tribô*, frico; *frictrices*, sunt quibus ea pars naturæ muliebris, quam clitoridem vocant, in tantam magnitudinem excrescit, ut possint illa pro mentula vel ad futuendum vel ad pædicandum uti. C'est ainsi que s'exprime Forberg, *loc. cit.*, p. 345. — (*Voy.* Hesychius : *hetairistriai tribades.*)—Sous ce rapport, les Lesbiennes avaient une réputation colossale. — Lucien, *Dialog. meretr.*, 5, dit : Toiautas (hetairistrias) en Lesbô legousi gynaikas, hypo andrôn men ouk etheloussas auto paschein, gynaixi de autas plêsiazousas, hôsper andras.—Il ne faut pas confondre avec *lesbiazein*, qui a une autre signification, comme nous le verrons plus tard. Les Milésiennes pratiquaient le vice des tribades avec un membre *fait en cuir*, auquel les Grecs ont donné le nom d'*olisbon*. Nous trouvons dans Aristophane, *Lysistrat.*, 108-10, les vers suivants :

ex ou gar hêmâs proudosan Milêsioi,
ouk eidon oud' olisbon oktôdaktylon,
hos ên an hêmin skytinê' pikouria.

Suidas s. v. olisbos ; aidoion dermatinon ; hô echrônto hai Milêsiai gynaikes ; hôs tribades kai aischrourgoi ; echrônto de autois kai hai chêrai gynaikes, s. v. misêtên ; misêtai de gynaikes olisbô chrêsontai. — (*Voy.* les scolies des passages cités d'Aristophane.)

Il existait aussi une espèce de pâtisserie formée sur le modèle de l'*olisbos*, que l'on nommait *olisbokollix* (Hesychius), et qui rappelait par sa forme celle imitant le membre viril que l'on vendait en Italie à la fête de Comus et Damianus. (*Voy.* Knight, p. 62.)

« citur, quos de lumbricis scribentes vermiculos esse docuimus « longaonis (1) in partibus natos. Parmenides (2) libris quos de « natura scripsit, *eventu*, inquit, *conceptionis molles aliquando*, « *seu subactos homines generare*. Cuis quia græcum est epigramma « et hoc versibus intimabo (imitabo). Latinos enim, ut potui, simili « modo composui, ne linguarum ratio misceretur :

Femina, virque simul Veneris cum germina miscent
Venis, informans diverso ex sanguine virtus,
Temperiem servans bene condita corpora fingit.
At si virtutes permixto semine pugnent,
Nec faciunt unam, permixto in corpore diræ
Nascentem gemino vexabunt semine sexum.

« Vult enim seminum præter materias esse virtutes, quæ si se ita « miscuerint et (ut) ejusdem corporis (vim unam) faciant, unam « congruam sexui generent voluntatem. Si autem permixto semine « corporeo virtutes separatæ permanserint, utriusque Veneris « natos adpetentia sequatur. Multi præterea sectarum principes « genuinam dicunt esse passionem, et propterea in *posteros venire* « *cum semine*, non quidem naturam criminantes, quæ suæ puritatis « metas aliis ex animalibus docet : nam sunt ejus specula a sapien- « tibus nuncupata : sed humanum genus, quod ita semel recepta « tenet vitia, ut nulla possit instauratione purgari, nec ullum novi- « tati liquerit locum, sitque gravior senescentibus mentis culpa, cum « plurimæ genuinæ, seu adventitiæ passiones corporibus infractæ « consenescant, ut podagra, epilepsia, furor, et propterea ætate « vergente mitiores procul dubio fiant. Omnia enim vexantia validos « effectus dabunt firmitate opposita subjacentium materiarum, « quæ cum in senibus deficit, passio quoque minuitur, ut fortitudo; « sola tamen supra dicta, quæ subactos seu molles efficit viros, « senescenti corpore gravius invalescit et infanda magis libidine « movet, non quidem sine ratione. In aliis enim ætatibus adhuc « valido corpore et naturalia ventris (veneris) officia celebrante, « gemina luxuriæ libido non dividitur, animorum nunc faciendo, « nunc facie jactata (animo eorum nunc patiendo, nunc faciendo

(1) *Longao* ou *longano* signifie le rectum, le gros intestin, formé de *longus anus*. On trouve ce mot plusieurs fois dans Cælius Aurelianus et dans Vegetius, *De re veterinaria*, II, 14, 21, 24, 28 ; IV, 8. Comme on faisait des boudins (Apicius, *De re coquar.*, lib. IV, c. 2) avec le gros intestin, on donnait également à ce produit culinaire le nom de *longano* ou de *longao*. — Varro, *De ling. lat.*, V, III.

(2) Il nous est impossible de constater si ce fragment existe aussi en grec. Nous n'avons pu avoir à notre disposition ni les *Fragments de Parmenides* de G. G. Fülleborn, Zullichau, 1795, in-8°, ni les *Commentationes Eleaticæ* de Brandis.

« jactato) : in iis vero qui senectute defecti virili veneris officio « caruerint, omnis animi libido in contrariam ducitur appetentiam, « et propterea femina validius Venerim poscit. Hinc denique « conjiciunt plurimi etiam pueros hac passione jactari. Similiter « enim senibus virili indigent officio, quod in ipsis est nondum « illos deseruit. »

Laissons de côté pour le moment les diverses conséquences qui découlent de ce passage de Cælius Aurelianus; nous aurons plus tard l'occasion d'en tirer un bon parti, lorsque nous reviendrons sur cette question. Nous avons vu qu'Hérodote parle de descendants, donc de progéniture : il est par conséquent surprenant que l'on ait cru à l'existence d'hommes privés d'organes génitaux ; car si les Scythes revenus d'Ascalon eussent perdu la puissance génératrice, ils seraient restés sans successeurs, et la *nousos thêleia* aurait dû s'éteindre. D'un autre côté, cette affection n'aurait pu avoir d'effet rétroactif. Il faut donc en conclure que la *nousos thêleia* n'a pas été assez grave pour détruire la faculté reproductrice ; que toutes deux ont dû exister l'une à côté de l'autre. En s'appuyant même sur Hérodote, on n'arrivera jamais à prouver le contraire. Plus tard, nous parlerons de *l'androgynos*, qu'Hérodote ajoute, dans un autre passage, au mot *enarees*.

## § XVI.

Nos adversaires diront peut-être que la *nousos thêleia* était une véritable maladie apparente, puisqu'on la reconnaissait en voyant les malades. Nous ne nous arrêterons pas ici à de nombreuses citations des anciens ; nous nous bornerons à celle d'Ovide « Heu ! « quam difficile est crimen non prodere vultu. » Nous poserons seulement cette question : *Dans les temps anciens, n'existait-il pas de symptômes auxquels on pouvait reconnaître si quelqu'un était* PATHICUS *ou* CINÈDE ? C'est aux physionomistes de nous donner ici des éclaircissements, et en effet ils ne sont pas en défaut. Voici ce que nous tirons d'Aristote (1).

(1) *Physionomicon*, cap. 3, *in scriptores Physiognomoniæ veteres* ; edit. J. G. F. Franzius. Altenburg, 1780, gr. in-8o, p. 51. « *Kinaidou sêmeia* omma « katâkeklasmenon, gonykrotos, egkiseis tês kephalês eis ta dexia ; hai phorai « tôn cheirôn hyptiai kai eklytoi, kai badeseis dittai, hê men perineuontos, « hê de kratountos tên osphyn, kai tôn ommatôn periblepseis ; hoios an eiê « Dionysios ho sophistês. » A la page 77, le mot *gonykrotos* est appliqué particulièrement aux femmes. (Voy. p. 105). On lit, page 155 : « hoi egklinome- « noi eis ta dexia en tô poreuesthai, kinaidai ; » page 50 : « kai ischna ommata « katakeklasmena—hama de kai ta keklasmena tôn ommatôn, dyo sêmainei, to « men malakon kai thêly. — Clemens Alexandr., *Pædagog.*, lib. III, c. 2 :

*Signes auxquels on peut reconnaître le cinède.*

« Le cinède a l'œil hagard, les genoux pliés en dedans, la tête penchée du côté droit ; les mouvements des mains sont relâchés; il marche en croisant les jambes l'une sur l'autre ; les yeux sont très-mobiles. Tel était le sophiste Dionysius. »

Polemon (1) est encore plus explicite :

*Signes auxquels on peut reconnaître l'androgyne.*

« L'androgyne a le regard languissant et lascif, il tourne les yeux ; il éprouve une grande mobilité, des tractions nerveuses au front et dans les joues, des contractions aux paupières; le cou est penché ; les hanches sont constamment en mouvement; les genoux et les mains paraissent arqués; le regard est fixe et droit en avant. Il parle d'une voix flûtée, criarde et tremblante. »

Nous voyons dans Adamante (2) un tableau semblable du pathicus.

Dio Chrysostome dit, dans le discours que nous avons cité plus haut, « qu'un physionomiste vint dans une ville pour y donner des preuves de son art, et qu'il prétendait reconnaître à l'extérieur les gens courageux et les lâches, les imposteurs et les lascifs, les cinèdes et les adultères. On lui présenta un homme maigre, dont les paupières étaient collées ensemble, dont la mine était sale et dans un mauvais état, avec des callosités aux mains, et portant un vêtement gris : son corps était couvert de poils jusqu'aux malléoles, et était mal rasé. On demanda au physionomiste d'indiquer le caractère de cet homme. L'ayant regardé pendant quelques instants, il hésita d'abord ; puis, ayant fait sortir l'individu, celui-ci éternua. Au même moment le physionomiste déclara qu'il était cinède.

« Oude katakeklasmenos, plagion poiêsas ton trachêlon, peripatein ; hôsper « heterous horô kinaidous enthade pollous astei.

(1) *Physiognom.*, lib. II, 9, *loc. cit.*, p. 290. « *Androgynou sêmeia.* Hygron « blepei kai itamon ho androgynos, kai doneitai ta ommata, kai peritrechei ; « metôpon spa, kai pareias ; hai ophryes oidainousi kata chôran, trachêlos « keklitai, osphys ouk atremei, kineitai panta ta melê halmati : gonatôn kro- « tos kai cheirôn phainetai ; hôs tauros periblepei eis heauton kai katablepei ; « phônei lepton, krazei de ligyra, skolia pany kai pany entroma. » Page 275 : « hoi ta gonata esô neuontes, gynaikeioi te kai thêlydriai. »

(2) *Physiognom.*, lib. II, 38, *loc. cit.*, p. 440. « *Eidos androgynou.* Ho an- « drogynos hygron blepei, kai itamon kai doneitai ta ommata kai peritrechei ; « metôpon apa kai pareias, hai ophryes menousi kata chôran, trachêlos kekli- « tai, osphys ouk atremei; kineitai panta ta melê kai epithrôskei ; halmatias « esti, gonykrotos, cheirôn phorai hyppiai ; periblepei heauton phônê leptê, « epiklazousa, ligyra, scholaia pany. » Page 382 : « hoi ta gonata esô neuontes « hôsper sygkrouein, gynaikeioi kai thêlydriai. »

C'est ainsi que l'éternuement trahit cet homme et que rien ne resta caché » (1).

La marche de cet individu avait sans doute déjà éclairé le physionomiste; mais la mine qu'il fit en éternuant lui donna la certitude qu'il avait affaire à un cinède. Il y a des raisons de croire que le cinède soutenait l'anus avec la main lorsqu'il éternuait, et cela afin d'en soutenir l'orifice, le sphincter étant affaibli ou même détruit (*chaunoprôktos*, dans Aristophane). Il arrive quelquefois, même dans l'état normal, que le sphincter ne peut pas résister à l'impulsion des vents ou des matières fécales pendant l'éternuement (2). Il faut citer ici le passage suivant de Lucien (3) : « Mais, « ô pathicus, tes actions sont si connues que les aveugles et les « sourds s'en aperçoivent, si tu élèves seulement la voix, si tu te « déshabilles au bain, même si tu ne te déshabilles pas toi-même, « et que tes esclaves déposent tes vêtements : penses-tu que tous « tes secrets nocturnes ne viennent pas au jour ? Dis-moi si, révêtu « d'une peau de lion, une massue à la main, on te prendrait pour « un Hercule? A moins d'être aveugle, on connait Bassus le so- « phiste, Batalus le joueur de flûte, Hemitheon (de Sibaris) le « cinède, qui a rédigé vos nobles instructions sur la manière de « se polir la peau, de s'arracher les poils, de pratiquer et de se « laisser faire la pédérastie. Mille choses dévoilent ce vice infâme: « la marche, le regard, la voix (4), le cou recourbé, la pâleur, le « mastic, le fard avec lesquels vous embellisez vos joues. En gé- « néral, il est plus facile, comme le dit le proverbe, de cacher « dans ses aisselles cinq éléphants qu'un seul cinède. »

Si le cinède se trahissait déjà par des signes naturels et sans étaler même le luxe de sa vile profession (5), à plus forte raison devait-on

(1) *Tarsica*, I, p. 410. On voit se reproduire ces signes chez les Romains, comme A. Gellius, dans un endroit de ses *Noct. Attic.*, lib. III, c. 5, nous l'apprend ; nous y ajouterons un passage du même auteur, lib. VII, c. 12.

(2) Cependant on pourrait en donner une autre explication suivant Clément d'Alexandrie, *Pædag.*, lib. II, c. 7, p. 179 ; il y est dit : « nai mên kai tôn ôtôn « hoi gargalismoi kai *tôn ptarmôn hoi erethismoi*, hyôdeis eisi knêsmoi, *por-* « *neias akolastou.* » Sénèque, Epître 114, dit aussi : « Non vides, si ille effe- « minatus est, in ipso *incessu* apparere mollitiam ? »

(3) *Adversus indoctum*, cap. 23. — « Myria gar esti ta antimartyrounta « tô schêmati, badisma kai blemma, kai phônê, kai trachêlos epikeklasme- « nos, kai psimythion, kai mastichê kai phykos, hois hymeis kosmeisthe, kai « halôs, kata tên paroimian, thatton an pente elephantas hypo malês krypseias, « ê hena kinaidon. »

(4) Clem. Alex., *Pæd.*, lib. II, c. 7, p. 173. « Alla to tethrymmenon tês « phônês, thêlydriou. »

(5) Martial, lib. VII, Epigr. 57 :

— sed habet *tristis* quoque *turba* cinædos,

reconnaître le pathicus qui portait un vêtement en harmonie avec son métier détestable (2) : Martial le dit dans beaucoup d'endroits de ses écrits. Ces hommes publics se font raser avec le plus grand soin (*exyrêmenoi*) non-seulement à l'anus, mais sur toutes les parties du corps, à l'exception de la tête ; ils s'arrachent les poils, afin de mieux ressembler aux femmes.

Mnesilochus, dans Aristophane, est transformé en femme à l'aide de l'épilation, afin de pouvoir défendre Euripide contre les attaques des véritables femmes. A cette occasion, le poëte fait dire à Agatho dans les *Thesmophories :*

autika gynaikei ên poiê tis dramata,
metousian dei tôn tropôn to sôm'echein.

Les cinèdes se laissaient croître les cheveux (*comæ*) (3), et se vêtissaient comme les femmes. C'est pourquoi Diogène (4) le cinique dit à un jeune homme habillé de cette façon, qui lui avait demandé quelque chose, « qu'il ne lui répondrait que lorsqu'il « aurait levé ses vêtements pour lui faire reconnaître son sexe. » La conversation de Socrate avec Strepsiade, dans les *Nuages* d'Aristophane, que nous allons citer, est explicite à cet égard.

Strepsiade. — Dites-moi donc pourquoi, étant à proprement dire des nuages, ils ressemblent cependant aux femmes? Ordinairement on ne les voit pas ainsi dans l'air.

Socrate. — Les plaisirs auxquels ils se livrent les rendent tels.

Difficile est, vero nubere, Galla, viro.

*Voyez* lib. IX, Epigr. 48 ; et Juvenal, Satir., II, 8-13 :

Quis enim non vicus abundat
*Tristibus* obscœnis? castigas turpia, cum sis
Inter Socraticos notissima fossa cinædos :
Hispida membra quidem et duræ per brachia setæ
Promittunt atrocem animum : sed podice lævi
Cæduntur tumidæ, *medico ridente*, mariscæ.

Séneque, Epist. 114. « Ille et crura, hic nec alas vellit. »

(2) Eschine, *Orat. in Timarch.*, p. 179. — « Houtô tous *peporneumenous*, kan mê parômen tois autôn ergois, ek tês anaideias kai tou thrasous kai tôn epitêdeumatôn ginôskomen. »

(3) C'était dans la chevelure que consistait l'ornement principal de la femme ; aussi était-elle consacrée à Vénus. — Ausonius dit :

Barba Jovi, crines Veneri decor : ergo necesse est
Ut nolint demi, quo sibi uterque placet.

C'est aussi ce qu'écrit Ambrosius, *Hexamer.*, lib. VI : « Haud inscitum exstat adagium ; nullus comatus qui non idem cinædus. Martial (III, 58) les appelle *capillati*.

(4) Diogène Laerce, *Vita Diogenis*, lib. VI, 54.

Si par hasard ils voient quelqu'un léchant les garçons, comme le fils de Xenophante fait, alors ils se montrent, à la honte même du débauché, comme des centaures, auxquels ils ressemblent par leur éducation. C'est ainsi que, dans ce cas, en voyant Kleisthène, ils ont voulu paraître des femmes. — Kleisthène était un célèbre cinède contre lequel Aristophane a lancé ses sarcasmes. C'est la raison pour laquelle il fait dire à Mnesilochus, dans le passage cité plus haut, qu'il croit ressembler à Kleisthène.

Tout ce que nous venons de rapporter suffira sans doute pour prouver que les Scythes avaient eu raison d'avancer *qu'en regardant les cinèdes on voit ce qu'ils sont.* » Ces vers de Juvenal trouvent bien ici leur place :

verius ergo
Et magis ingenue Peribomius : *hunc ego fatis*
Imputo, *qui vultu morbum incessuque fatetur.*

Cette citation confirme entièrement ce qui précède. Peribomius montre beaucoup de franchise en se déclarant lui-même pathicus, ce que son extérieur faisait déjà voir; et il n'a pas de raison pour se défendre de ce vice, puisqu'il le considère comme une fatalité (*fatis imputo*). Ceci prouve que, du temps de Juvenal, on croyait encore, comme les Grecs, que le vice du pathicus était un sort jeté par la divinité. Il est vrai que cette opinion n'était pas reçue comme une vérité, mais qu'elle servait d'excuse à cette indigne habitude.

Ces paroles sont évidemment de Peribomius, et le poëte poursuit ainsi :

Horum simplicitas miserabilis, his furor ipse
Dat veniam; sed pejores, qui talia verbis
Herculis invadunt et de virtuti locuti
Clunem agitant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Satir., II, 16. W. E. Weber (*Die Satiren des Juvenal*, Halle, 1838) a mal compris ce passage, non-seulement parce que, dans sa traduction, il attribue à Juvenal les paroles de Peribomius, mais encore parce que, dans ses *Annotations* (p. 286 et seq.), il donne des explications fausses de plusieurs mots. Il rend, entre autres, *inter Socraticos—cinœdos*, par *la race de débauchés socratiques, qui se donnent l'apparence de sages réservés et très-moraux, comme l'était Socrate.* Cependant le poëte a voulu exprimer tout simplement que Socrate fut pédéraste. A ces expressions de Peribomius, Weber ajoute cette observation : « Celui qui par sa mine et sa démarche fait voir qu'il est efféminé et affaibli, qui montre que son mal est d'être énervé et usé comme une femme publique. » Cependant Peribomius se borne à ces mots : « Je suis pathicus. » On voit bien dans le reste de la traduction, et particulièrement dans la préface, p. VI, que Weber n'a voulu faire aucune suppression. Nous en conclurons donc qu'il a mal interprété ces endroits.

## MOUVEMENT DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE BRUXELLES PENDANT L'ANNÉE 1845 ;

Par le docteur Dugniolle, de Bruxelles.

La surveillance de la prostitution a pour but de protéger à la fois la morale et la santé publiques. Cette double fin sera atteinte le jour où l'on pourra réprimer la prostitution clandestine et où la prostitution régulière seule subsistera; mais ce temps n'est peut-être pas prochain encore, car rien n'est plus difficile que d'éteindre la première, comme rien n'est plus facile que de surveiller la dernière.

Je vais d'abord poser des chiffres : après, il me sera permis de raisonner, en prenant pour point de départ et pour preuves les faits que j'ai constatés.

Le nombre des filles publiques inscrites pendant l'année 1845 a été de 612; en 1844, il était de 621. Il y a donc, pour 1845, diminution dans le nombre des inscriptions. Ces filles ont été réparties comme suit :

| | |
|---|---|
| Dans les maisons de première classe. . . . . | 86 |
| Dans celles — 2e — . . . . . | 208 |
| Dans celles — 3e — . . . . . | 146 |
| Filles éparses. . . . . | 172 |

Les maisons de prostitution ont été, pendant cette dernière année, au nombre de 43, savoir :

| | |
|---|---|
| De la première classe. . . . . | 3 |
| De la seconde classe. . . . . | 21 |
| De la troisième classe. . . . . | 19 |

Les maisons de passe ont été :

| En 1843 | 1844 | 1845 | |
|---|---|---|---|
| 6 . . . . | 2 . . . | 2 | de 1re classse. |
| 12 . . . . | 12 . . . | 10 | de 2e — |
| 2 . . . . | 2 . . . | 4 | de 3e — |

Il était permis d'espérer que le réglement nouveau sur la matière, en rendant la position des filles éparses plus difficile, en aurait fait refluer un bon nombre dans les maisons de débauche, et que le nombre de celles-ci se serait augmenté. Il n'en a pas été ainsi : la prostitution n'a été que déplacée et non améliorée; les faubourgs sont devenus le centre de la prostitution des filles insoumises. Ce résultat est à regretter; car les filles éparses, circulant dans les rues à toute heure, facilitent cette même circulation aux filles clandestines.

La population des maisons de débauche a été répartie comme suit :

| | Janvier. | Février | Mars. | Avril. | Mai. | Juin. | Juillet. | Août. | Septembre. | Octobre. | Novembre. | Décembre. | Moyenne. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Classe 1re. | 22 | 18 | 30 | 30 | 21 | 28 | 28 | 29 | 33 | 27 | 25 | 29 | 26 2/3 |
| Id. 2e. | 91 | 105 | 100 | 109 | 116 | 115 | 132 | 125 | 118 | 118 | 123 | 125 | 114 2/3 |
| Id. 3e. | 71 | 77 | 80 | 81 | 76 | 70 | 73 | 78 | 82 | 76 | 76 | 83 | 76 11/12 |
| Totaux. . . | 184 | 200 | 210 | 220 | 213 | 213 | 233 | 232 | 233 | 221 | 224 | 237 | |

Comme on le voit, elle a peu varié : dans les maisons de première classe, le mois de septembre présente le chiffre le plus élevé ; après lui viennent les mois de mars et d'avril, tandis que, dans les maisons de deuxième et de troisième classe, les mois les plus forts sont ceux de juillet et de décembre. La raison en est peut-être que, à l'époque des fêtes de septembre, beaucoup d'étrangers arrivant à Bruxelles vont visiter les maisons de première classe : l'époque de la kermesse de Bruxelles, qui a lieu au mois de juillet, explique suffisamment pourquoi, pendant ce mois, la population des maisons de deuxième classe est un peu augmentée ; tandis qu'à l'approche de l'hiver, la population des maisons de troisième classe se recrute en partie parmi les filles éparses pour qui le trottoir ne produit presque plus rien. Cette dernière considération ressortira clairement du mouvement des filles éparses.

| Janvier. | Février. | Mars. | Avril. | Mai. | Juin. | Juillet. | Août. | Septembre. | Octobre. | Novembre. | Décembre. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 127 | 140 | 145 | 149 | 157 | 164 | 174 | 179 | 173 | 184 | 175 | 172 |

A partir du mois de janvier, le nombre de ces filles va croissant jusqu'au mois d'octobre : alors il diminue pour arriver au chiffre le moins élevé, qui est presque toujours celui du mois de janvier. Depuis un assez grand nombre d'années, le mouvement des filles éparses et de celles de maisons a presque toujours suivi la même progression ascendante et descendante ; seulement le chiffre total des filles inscrites était plus élevé : en 1843 il a été de 738.

Les visites sanitaires ont été faites conformément aux prescriptions du réglement ; en voici le relevé mensuel :

DANS LES MAISONS DE

| | | Janvier. | Février. | Mars. | Avril. | Mai. | Juin. | Juillet. | Août. | Septembre. | Octobre. | Novembre. | Décembre. | Moyenne. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1re class. | Visites | 143 | 120 | 185 | 227 | 166 | 166 | 203 | 219 | 213 | 186 | 164 | 191 | 181 11/12 |
| | Contre visites. | 40 | 51 | 57 | 51 | 38 | 52 | 67 | 40 | 49 | 44 | 40 | 47 | 48 |
| 2e id. | Visites | 798 | 711 | 675 | 803 | 852 | 751 | 915 | 834 | 923 | 950 | 854 | 988 | 837 5/6 |
| | Contre visites. | 229 | 242 | 196 | 266 | 233 | 295 | 301 | 236 | 223 | 266 | 225 | 245 | 246 1/4 |
| 3e id. | Visites | 550 | 297 | 481 | 512 | 507 | 449 | 499 | 581 | 509 | 533 | 540 | 634 | 504 5/6 |
| | Contre visites. | 227 | 178 | 199 | 173 | 253 | 113 | 151 | 156 | 179 | 174 | 118 | 301 | 177 2/3 |

Les visites des filles éparses se font toujours par un des médecins inspecteurs et l'inspecteur-contrôleur réunis : ceci explique comment ces filles ne subissent de contre-visites que dans les circonstances prévues par le réglement. Voici le nombre mensuel de ces visites.

| Janvier. | Février. | Mars. | Avril. | Mai. | Juin. | Juillet. | Août. | Septembre. | Octobre. | Novembre. | Décembre. | Moyenne. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1041 | 982 | 1073 | 1077 | 1194 | 1210 | 1198 | 1327 | 1320 | 1371 | 1290 | 1464 | 1378 11/12 |

Les visites ont fait constater un grand nombre d'affections chez les filles publiques. 270 d'entre elles ont été envoyées en observation ou en traitement pour des affections diverses : la plupart de ces affections, pour ne pas dire toutes, étaient récentes. A ce nombre il faut ajouter 35 filles non inscrites, mais qui, trouvées en flagrant délit de prostitution, ont été visitées et trouvées atteintes de maladies, la plupart ulcératives. Les envois à St-Pierre, qui présentent sur l'année 1844 une augmentation de 75, sont répartis de la manière suivante :

| MOIS. | NOMBRE DES FILLES. | FILLES ÉPARSES. | FILLES DE MAISONS. | FILLES CLANDESTINES. |
|---|---|---|---|---|
| Janvier. . . . . | 25 | 6 | 18 | 1 |
| Février. . . . . | 18 | 6 | 12 | 0 |
| Mars. . . . . | 23 | 3 | 20 | 0 |
| Avril. . . . . | 17 | 2 | 13 | 2 |
| Mai. . . . . | 25 | 4 | 17 | 4 |
| Juin. . . . . | 27 | 6 | 19 | 2 |
| Juillet. . . . . | 41 | 10 | 29 | 2 |
| Août. . . . . | 32 | 7 | 19 | 6 |
| Septembre. . . . | 28 | 7 | 17 | 4 |
| Octobre. . . . . | 19 | 5 | 10 | 4 |
| Novembre. . . . | 27 | 8 | 16 | 3 |
| Décembre. . . . | 23 | 1 | 15 | 7 |
| Totaux. . . . | 305 | 65 | 205 | 35 |

L'examen de ce tableau démontre tout d'abord l'énorme différence existant entre le nombre des filles éparses dirigées sur Saint-Pierre et celui des filles de maisons. Tout étonnement cessera quand on saura que les filles de maisons sont placées par le réglement sous la surveillance spéciale des tenant-maisons, et qu'il est rare qu'une de ces filles puisse échapper, en cas de maladie, à son envoi en traitement ; tandis que les filles éparses, surtout celles qui ont quelques ressources, ont toujours soin de s'y soustraire, soit en quittant la ville, soit en trompant les recherches de la police, lesquelles ne sont pas toujours des plus actives dans ces circonstances. Il arrive même souvent, quand on parvient à les saisir, que la maladie est en voie de guérison ou parfaitement guérie. Il est une autre observation à faire, et qui n'est pas la moins importante, sur le nombre considérable de filles trouvées malades parmi celles qui se livrent à la prostitution clandestine : elles forment un peu plus que le huitième des prostituées malades soumises aux visites sanitaires. J'avais donc raison, en commençant ce rapport, d'attirer particulièrement l'attention sur la prostitution clandestine.

Là cependant ne se bornent pas les preuves que nous possédons pour établir les progrès immenses que fait cette dernière. En effet, pendant cette même année 1845, on a admis à Saint-Pierre 82 filles libres qui pour la plupart ne sont que des filles publiques clandestines, attendu que c'est parmi elles que se recrutent les filles régulières. Ces filles libres, en y comprenant les 35 dont il a été parlé plus haut, forment le tiers à peu près de toutes les filles soumises reconnues malades ; de telle sorte que pour 270 filles régulières, il y en a 117 qui ne le sont pas.

A quoi tient cette augmentation de la prostitution clandestine? Elle me paraît se rattacher à deux causes : la première, à la trop grande sévérité de certaines dispositions réglementaires concernant les filles régulières ; la seconde, à un défaut de surveillance de la prostitution clandestine, particulièrement dans les faubourgs. Je vais essayer de le démontrer.

1° Les filles inscrites, outre qu'elles sont soumises aux visites sanitaires, et, en cas de négligence, aux peines comminées par le réglement, sont astreintes à une foule d'obligations qu'il leur est presque impossible de remplir avec exactitude; tandis que les filles clandestines n'ont d'autre souci que celui d'éviter la police, ce à quoi elles parviennent assez facilement aujourd'hui. En ville pendant le jour, elles se retirent la nuit dans les faubourgs. Le fait est incontestable : avant la promulgation du réglement, les faubourgs ne comptaient, que je sache, aucune maison de débauche ni de passe; aujourd'hui, il en existe dans tous. Les maisons de passe y ont suivi une progression ascendante effrayante, tandis qu'à Bruxelles on n'en compte plus que seize, qui sont pour la plupart près de leur ruine.

2° La surveillance des filles clandestines, je ne le dissimule pas, est extrêmement difficile. Il n'est pas toujours possible d'atteindre les filles notoirement livrées à la prostitution; mais il en est cependant qui ne peuvent échapper à l'action de la police : je veux parler de celles qui hantent les maisons de passe et qui, le soir, font le trottoir, ou se livrent à la prostitution le long des boulevards. Il ne suffit pas d'organiser une battue de temps à autre, à des intervalles plus ou moins éloignés : cette prostitution exige une surveillance active, incessante, et dirigée avec intelligence. Je dis dirigée avec intelligence, parce qu'il ne suffit pas d'observer seulement ces filles, il faut étudier leurs habitudes et s'assurer de leur refuge; car, comme les filles régulières, les insoumises ont leurs maisons de passe à elles. Quand on parviendra à les découvrir, qu'on sévisse contre elles et ceux qui les reçoivent comme le veut le réglement. Une activité de tous les instants, voilà le

seul moyen efficace pour extirper cette espèce de prostitution.

La surveillance des faubourgs sera possible le jour où les autorités de ces communes pourront s'entendre avec celles de la ville pour adopter le même réglement de répression et soumettre les filles qui y résident aux visites du dispensaire. Il est à désirer que cet accord puisse s'établir bientôt, et que l'on parvienne à aplanir les obstacles qui pourraient se rencontrer de la part des faubourgs, en faisant comprendre à leurs municipalités qu'il s'agit avant tout de se défendre contre un danger commun, et qu'en dernière analyse, le danger n'existât-il que pour la ville, il est peu digne de se faire le complice d'un mal qui nuit à nos populations, en donnant asile à celles qui le propagent.

Je fais suivre maintenant le tableau indiquant le nombre de militaires admis à l'hôpital et la nature de leurs affections.

| | URÉTHRITES. | CHANCRES. | ORCHITES. | BUBONS. | CONDYLOMES. | PARAPHIM. | ULCÈRES. | BALANITES. | PUST. PLATES. | EXCORIATIONS. | POIREAUX. | URÉTHRO-BALANITES. | TOTAUX. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janvier. . . . | 22 | 2 | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | 28 |
| Février. . . . | 33 | 3 | 1 | 3 | | | | | | | | | 40 |
| Mars. . . . . | 20 | 1 | | | 3 | 1 | | | | | | | 25 |
| Avril. . . . . | 21 | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | | 24 |
| Mai. . . . . | 24 | 1 | 2 | | | | | 2 | | 1 | | | 30 |
| Juin. . . . . | 31 | 4 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | | 38 |
| Juillet. . . . . | 24 | 2 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | 2 | 34 |
| Août. . . . . | 26 | 5 | 2 | 2 | | | | 1 | | | 3 | | 39 |
| Septembre. . . | 24 | 2 | 1 | | | | | | | | | 1 | 28 |
| Octobre. . . . | 22 | 2 | | | 2 | 1 | | 1 | | | 1 | | 29 |
| Novembre. . . | 12 | 5 | 6 | | | | | 1 | | | 1 | | 25 |
| Décembre. . . | 12 | 2 | 1 | | 1 | | | | | | | | 16 |
| Totaux. . . | 271 | 29 | 19 | 8 | 9 | 2 | 1 | 5 | 1 | 2 | 6 | 3 | 356 |

Il en résulte que les affections catarrhales ou les uréthrites sont celles qui dominent; les affections véritablement syphilitiques,

sont en très-petit nombre : elles figurent tout au plus pour un sixième. Il est une remarque à faire au sujet des lieux où la plupart des militaires ont déclaré avoir pris leur maladie : dans une visite que faisait aux vénériens M. l'inspecteur en chef du service de santé de l'armée, sur trente hommes qui se trouvaient à l'hôpital, un seul déclara avoir pris sa maladie dans une maison de débauche; les autres affirmèrent l'avoir contractée dans les faubourgs ou sur les boulevards.

Cet état présente, sur l'année 1844, une augmentation de 45 malades.

218 vénériens ont été admis à St-Pierre pendant l'année 1845 : 213 y avaient été reçus en 1844. Aucun renseignement ne m'a été donné sur la source de leur infection; mais je suis porté à croire qu'il en est de ces malades comme de ceux admis à l'hôpital militaire : beaucoup d'entre eux auront pris leur maladie dans des lieux et chez des filles qui échappent au contrôle sanitaire.

En résumé, je persiste à penser que la prostitution irrégulière ou clandestine étant celle qui fournit le plus grand nombre de victimes, il est urgent d'instituer une police spéciale et active, afin d'en arrêter les progrès dans la ville; qu'il est également urgent d'entrer en négociation avec les faubourgs, afin de soumettre ceux-ci au réglement de répression qui régit la ville.

---

## *Medicinische Jahrbuecher des K. K. OEsterreichischen Staates.*

(Analyse par le docteur Biver.)

NOVEMBRE 1844.

59.) *Court exposé de l'épidémie varioleuse observée dans la circonscription du physicat de Neufelden, en* 1842 ; par le docteur Wagner.

L'épidémie observée et décrite par le docteur Wagner ne présente rien d'assez remarquable pour que nous en donnions l'analyse; mais nous croyons faire plaisir à nos lecteurs et une chose utile, en donnant ci-après les conclusions de l'auteur.

*a*) L'auteur ne considère comme véritablement préservateurs que les boutons de vaccine qui laissent à leur suite des marques qui ont grandi avec eux, qui sont profondément creusées et inégales, ainsi qu'elles ont été décrites par le docteur Knaffl : il pense ainsi malgré tous les doutes élevés à cet égard.

*b*) Comme pendant la durée de cette épidémie tous les lieux

où la vaccination avait bien marché ont été totalement épargnés par la variole; comme plusieurs vaccinés en contact avec des varioles de mauvais caractère, et dont quelques-uns avaient même partagé la couche des variolés (soit à cause du manque de lits, soit parce que des parents l'ont fait à dessein), ont été également épargnés, ou n'ont eu que des varioles bénignes; comme il est notoire que dans plusieurs paroisses, surtout dans celle si fort maltraitée par la petite vérole, la paroisse de Neufelden, l'épidémie s'est arrêtée pour ainsi dire subitement, lorsque 130 enfants eurent été vaccinés en peu de jours, il est certain que la vertu préservatrice de la vaccine s'est manifestée tout aussi brillante que dans les autres grandes épidémies varioleuses.

*c*) Cette circonstance a fait voir que plusieurs vaccinés qui ne portaient que des cicatrices glabres superficielles ont été atteints de la petite vérole; qu'en conséquence, il n'est pas seulement utile en général, mais qu'il est même nécessaire de revacciner les individus portant ces cicatrices superficielles.

*d*) Cette circonstance n'autorise pas encore à recourir à des moyens coërcitifs pour obliger à se faire vacciner; mais elle démontre qu'il est urgent d'employer une surveillance plus exacte que celle qu'on a exercée jusqu'ici dans plusieurs localités.

*e*) L'expérience prouve que, surtout à la campagne, où l'on manque d'hôpitaux, la fermeture des maisons, de même que toutes les autres mesures de stricte police qui entravent le commerce et le gagne-pain des habitants, presque tous pauvres, sont plutôt nuisibles qu'utiles, parce qu'elles ont pour résultat le recel, attendu que l'indigent ne peut pas toujours être atteint par une amende, que la prison même ne l'effraie pas. Il est donc bien rationnel de favoriser la propagation de la vaccine autant que possible, comme étant l'unique et le plus sûr moyen de combattre les épidémies de petite vérole. Il faut chercher à obtenir ce résultat par des vaccinations privées, et à domicile surtout. Cela occasionnerait à la vérité des dépenses plus considérables que par la méthode usitée jusqu'ici pour les vaccinations communales; car il est de fait que dans cette épidémie cela a été prouvé par l'événement.

L'auteur, se fondant sur ces expériences, conclut, avec le docteur Onderka, « que toute bonne vaccination est un préservatif certain. »

*Remarque.* Comme dans toute question controversée il est utile de faire connaître toutes les opinions, nous avons cru pouvoir mettre en évidence les conclusions d'un homme aussi considérable que le docteur Wagner. Nous ne pouvons, néanmoins laisser passer ses conclusions sans faire ressortir jusqu'à un certain point leur

côté faible, car il s'agit de l'intérêt général, et nous dirons :

*Conclusion a*). Qu'il est au moins singulier de vouloir prétendre que la profondeur des cicatrices et leur largeur constituent la mesure de la vertu préservatrice du vaccin. Par un raisonnement tout aussi fort, tout aussi logique, on pourrait soutenir que ne seront déclarés exempts de la contagion que les défigurés par la petite vérole. Tout de bon, M. Wagner, ne pensez-vous pas qu'une disposition individuelle particulière, que la malignité plus grande de la maladie, que les soins plus ou moins bien entendus, peuvent modifier la maladie d'un bout à l'autre? Il serait tout aussi rationnel de ne considérer comme guéris que les estropiés.

*Conclusion b.*) Nous n'avons rien à dire à celle-ci : elle est conforme à ce que tous les vaccinateurs ont observé.

*Conclusion c).* Nous devons faire observer que ce n'est pas parce que des vaccinés peu marqués ont été atteints de la petite vérole, que la vaccination est non-seulement utile, mais même nécessaire. Selon nous, la vaccination est utile et recommandable, nécessaire même, parce que presque toujours elle préserve, et que là où elle n'a pas été un préservatif parfait, elle a suffi pour rendre la variole plus bénigne.

*Conclusion d).* Nous ne pensons pas que qui que ce soit puisse avoir le droit de faire violence à son semblable : la société elle-même n'a pas ce droit; mais elle peut prendre des mesures préventives, et certes il n'a pas fallu l'épidémie de Neufelden pour prouver qu'il est nécessaire de faire des contre-visites.

*Conclusion e.)* Nous aussi nous croyons que ce n'est pas en ôtant aux malheureux les moyens d'existence qu'on combat la contagion. La gêne produit le recel; mais la philanthropie peut et doit convenablement indemniser les séquestrés; car l'individu déjà souffrant serait sans cela encore puni pour avoir été malheureux : et par qui? par celui qui a le plus grand intérêt à se préserver, et qui par conséquent doit chercher à acheter même chèrement l'immunité.

60. *Sur la nyctalopie et l'héméramblyopie;* par le docteur Beer, à Brünn.

Cet article contient quelques remarques sur la signification de ces deux mots; ces remarques sont fort piquantes et témoignent d'une connaissance profonde des langues mortes. Nous laisserons l'appréciation du travail du docteur Beer aux ophthalmologistes.

61. *Sur les effets de l'iodure de potassium*; par le docteur Carl Hayny, à Jungbunzlau.

Le docteur Hayny est un des nombreux ioduriens de notre époque. — Il est vraiment curieux d'étudier la marche de la réputation

de nos médicaments devenus arcanes momentanés; tous ont eu à parcourir des périodes qui répondent à celles auxquelles nos maladies sont soumises.

Une chose fort remarquable surtout, c'est que cette monomanie momentanée de tous nos médicaments, principalement de ceux que nous a donnés la chimie moderne, coïncide précisément avec la manie anatomo-physiologique. On trouve si facilement des raisons suffisantes pour expliquer les effets des médicaments et l'état physique de l'économie animale après décès! Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'enthousiasme est un mauvais conseiller, et nous doutons fort que la conscience de l'expérimentateur qui n'a pas commencé par matérialiser tous les phénomènes de la vie, puisse être toujours en repos.

Un médecin consciencieux se dit : Essaierai-je aussi tel ou tel remède ou poison? — Oui. Mais avant tout il faut calculer les chances, il faut peser le mérite des observations, apprécier la véracité, la moralité des premiers enthousiastes ou intéressés. Cela fait, il faut se demander : Puis-je, après ces précautions, mettre ma conscience en repos? — Oui, se dirait-il, car j'ai fait tout ce qui est exigé par la science.

Pour nous, nous pensons, dussions-nous passer pour rétrograde, que tout cela ne nous autorise pas encore à faire sur notre semblable une expérience qui peut être un attentat d'autant plus odieux, que, le plus souvent, ce n'est pas la philanthropie, la pitié, le désintéressement, qui ont été le mobile de l'action. Que de spectres poursuivraient une partie de nos macbèthes, si l'impunité ne faisait rentrer dans le néant tous ces forfaits!!

Le docteur Hayny a employé avec succès l'iodure et l'hydriodate de potasse combinés de la manière suivante : Pr. jodinæ, gr. v; kali hydriodati, ʒij; solve in aq. comm. desl. ℥iv; tgt. une cuillère à café matin et soir. — Il augmente successivement la dose selon le besoin; à ce traitement il joint une diète convenable. Il cite les guérisons suivantes : 1° un goître; 2° des exostoses et des ulcères syphilitiques; 3° une tumeur scrofuleuse; 4° des ulcérations mercurielles; 5° une ophthalmie scrofuleuse herpétique.

Il faut avoir eu bien du malheur dans une carrière médicale, si l'on n'est parvenu à obtenir cinq guérisons remarquables, *par*, *sans*, *avec*, ou *malgré* un remède quelconque; et cependant ce remède n'était pas à la mode; mais aussi on aurait crié haro et à l'ignorance si on s'était avisé d'en parler.

## II.

Suite de l'*Histoire de l'Université de Vienne;* par le professeur Rosas.

Suite de l'*Histoire des établissements sanitaires, etc., de Prague;* par Norwak.

Suite de l'*Exposé des établissements sanitaires d'Autriche, etc.;* par Streinz.

Suite du *Rapport médical sur les prisons de Vienne;* par le docteur Haller.

Suite du *Coup d'œil sur les malades traités à la clinique de Vienne, en* 1842-43; par Seidl.

Suite du *Rapport annuel sur la division de chirurgie de l'hôpital de Wieden,* à Vienne, 1843; par Lorinser.

Suite de la *Description physico-médicale du duché de Salzbourg;* par Ozlberger.

## VARIÉTÉS.

### NOTE SUR LA LOI D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION;

Par M. P.-F. Verhulst, membre de l'Académie royale de Belgique.

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie qu'ayant repris mes recherches sur la loi d'accroissement de la population, un examen plus approfondi m'a fait découvrir une nouvelle condition, à laquelle doit satisfaire la fonction retardatrice qui sert de mesure aux obstacles qui s'opposent à ce que, dans un pays quelconque, le nombre des habitants croisse indéfiniment suivant une progression géométrique. Cette condition, au lieu de compliquer les résultats, les simplifie au contraire; car elle m'a donné pour courbe de la population une *logarithmique* dont l'asymptote est parallèle à l'axe des abscisses. En admettant que les obstacles précités augmentent, non pas proportionnellement à la population surabondante, comme je l'avais supposé dans mon mémoire précédent, mais bien *proportionnellement au rapport de la population surabondante à la population totale*, je suis tombé sur de nouvelles formules dont l'application à la Belgique m'a donné pour limite de la population *neuf millions quatre cent trente-neuf mille âmes.* Quant à la population *normale,* c'est-à-dire celle dont le chiffre ne peut être dépassé sans que la concurrence des travailleurs devienne une cause de malaise, elle ne surpasse guère *deux millions.* Je crois n'avoir pas

besoin d'ajouter que ces résultats ne doivent pas être regardés comme définitifs, puisqu'ils découlent de deux principes dont le premier est incontestable, mais dont le second est seulement vraisemblable et d'une grande simplicité. L'accord des résultats de l'observation avec ceux du calcul, pendant une longue série d'années, pourra seul dissiper toute incertitude. Lorsque mon mémoire sera terminé, j'espère que la Compagnie voudra bien l'accueillir avec la même bienveillance que le précédent. Je me propose d'y ajouter quelques considérations tendant à prouver que l'on doit attendre peu d'effets de la contrainte morale, quand on prend ce mot dans le sens rigoureux que Malthus y a attaché. Je crois être à même de faire voir que Malthus lui-même était de cet avis, malgré les illusions auxquelles il paraît s'abandonner dans les dernières éditions de son livre. Il y a dans cet ouvrage deux choses bien distinctes : la démonstration du principe de la population par le raisonnement et par la statistique, et l'opinion de Malthus sur les règles à suivre à l'égard des pauvres. Si quelques économistes continuent à nier la première, malgré son évidence mathématique, je pense que c'est uniquement dans la vue des conséquences que Malthus en a déduites avec une logique impitoyable, mais irrésistible quand on se place à son point de vue. Il est certain qu'il n'est pas facile de concilier les maximes du christianisme, qui sont cependant celles de Malthus, avec les remèdes du paupérisme. C'est là ce qui paraît avoir dicté cette épigraphe de l'*Economie politique chrétienne* de M. De Villeneuve-Bargemont : *Il faut recommander la patience, la frugalité, le travail, la sobriété et la religion. Le reste n'est que fraude et mensonge* (Burke). Si M. De Villeneuve avait pu concevoir pour le paupérisme un remède conciliable avec la morale chrétienne, il ne se serait pas contenté d'une recommandation aussi banale.

# EXTRAIT

DU

# BULLETIN

DE

# L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1845-1846. — Nos 4 ET 5.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1846. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

*Suite de la délibération sur le rapport de la Commission de législation, relatif à la vente des médicaments.*

M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du rapport sur la vente des médicaments.

La discussion est ouverte sur la proposition suivante déposée par M. Petry :

« Je demande que le médecin soit tenu de délivrer lui-même les médicaments destinés à ses malades. »

La proposition de M. Petry est mise aux voix; elle n'est pas adoptée.

M. LE PRÉSIDENT : Nous arrivons à la proposition de M. François, ainsi conçue :

« Les médecins et chirurgiens ayant la permission de délivrer des médicaments à leurs malades, produiront, chaque année, la liste des substances livrées pendant le même laps de temps, avec l'indication précise de leur nature et de leurs qualités.

« Ils devront prouver, en outre, qu'ils renouvellent tous les ans le total de leur approvisionnement.

« Les Commissions médicales seront chargées de surveiller l'exécution de ces dispositions. »

M. Sauveur : Je crois que nous n'avons pas à examiner ici la question de savoir si les instructions annexées à la loi du 12 mars 1818, sont ou non légales, et qu'il convient de poser la question comme le demande M. Raikem, c'est-à-dire, que : « les médecins et les chirurgiens qui usent de la faculté qui leur est accordée, de fournir eux-mêmes à leurs malades les remèdes qu'ils leur prescrivent, seront soumis, pour la surveillance et la tenue de leurs officines, à toutes les obligations qu'ont à remplir les pharmaciens ayant officine ouverte. »

Cette proposition est adoptée.

M. le Présibent : Viennent les deux derniers paragraphes de la proposition de M. François.

M. Sauveur : Ils tombent nécessairement, puisque les pharmaciens sont obligés de renouveler chaque année une partie de leurs médicaments.

M. le Président : Nous passons donc à une proposition présentée par M. Pasquier, et qui est ainsi conçue :

« Les pharmaciens qui fourniront des médicaments aux praticiens de campagne, seront tenus d'inscrire par ordre de date, dans un registre spécial, les quantités qu'ils auront vendues. Ces derniers seront astreints pour ces achats aux mêmes formalités. Les Commissions médicales pourront au besoin, dans leurs tournées, se faire produire les registres des uns et des autres. »

Elle est adoptée sans discussion.

M. le Président : Nous avons maintenant une autre proposition de M. Pasquier, ainsi conçue :

« La vente, le débit et l'annonce des dentifrices, soit par eux-mêmes, soit par d'autres, sont interdits aux dentistes. »

D'un autre côté, M. Tallois demande : « qu'il soit fait une distinction entre les médicaments destinés au traitement des affections dentaires et les dentifrices hygiéniques proprement dits : le débit de ces derniers serait commun aux pharmaciens et à d'autres professions; cependant la vente des dentifrices hygiéniques et des cosmétiques serait soumise à la surveillance des Commissions médicales ou de Commissaires spécialemect chargés de cette mission. »

Je vais mettre aux voix la propositien de M. Pasquier; elle est ainsi conçue :

« La vente, le débit et l'annonce des dentifrices, soit par eux-mêmes, soit par d'autres, sont interdits aux dentistes.

M. Craninx : Je demanderai que l'on vote par division, c'est-à-dire, d'abord sur ce qui concerne les dentistes eux-mêmes, et ensuite sur les mots : « par eux-mêmes, ou par d'autres. »

La première partie de la proposition est mise aux voix et adoptée.

M. le Président : Il reste les mots : « soit par eux-mêmes, soit par d'autres. »

M. Pasquier : C'est-à-dire, qu'ils ne pourront pas vendre eux-mêmes, ni faire vendre par d'autres, comme cela arrive très-souvent.

M. Fallot : De deux choses l'une : ou celui que le dentiste chargera de la vente sera pharmacien, et alors certainement l'interdiction ne pourra pas porter sur lui ; ou il ne le sera pas, et dans ce cas cette vente lui est déjà interdite. La dernière partie de la proposition est donc inutile.

M. Pasquier : Je retire cette partie de ma proposition.

M. le Président : Nous passons à la proposition de M. Tallois, tendant à soumettre la vente des cosmétiques à une surveillance à exercer par les Commissions médicales ou par des commissaires spécialement chargés de cette mission.

M. Tallois : C'est la dernière partie de mon amendement. Je ferai une seule observation. La Commission de la Pharmacopée propose d'autoriser les épiciers, les parfumeurs et les confiseurs à vendre certaines préparations, telles que les eaux distillées : l'eau de roses, l'eau de fleurs d'oranger, etc. Il est beaucoup de ces substances qui ne sont pas pures et qui devraient être soumises à une surveillance quelconque.

M. Sauveur : Je reconnais que l'eau de fleurs d'oranger contient parfois une petite quantité de cuivre ou de plomb provenant des vases dans lesquels on la conserve. Aussi ne m'opposerai-je pas à ce qu'on soumette à une surveillance certaines substances et certaines préparations que vendent les parfumeurs ; mais il faudrait déterminer quelles seront ces substances, car on ne peut obliger les Commissions médicales à aller examiner toutes les pommades et toutes les eaux et essences que renferment leurs magasins.

M. Tallois : M. Lequime me fait observer que les Commissions médicales visitent les magasins des confiseurs. Dès lors je retire ma proposition.

M. le Président : Nous avons maintenant à examiner une addition proposée par M. Pasquier au premier alinéa de la page 50 du rapport, ainsi conçu :

« Les droguistes ne peuvent tenir, annoncer, donner, vendre ou débiter les médicaments magistraux, ni les préparations pharmaceutiques dites galéniques ; mais ils pourront vendre, comme les pharmaciens, toutes les drogues énumérées dans la matière phar-

maceutique de la Pharmacopée belge, ainsi que tous les produits chimiques. »

M. Pasquier propose d'ajouter : « A l'exception de ceux qui sont exclusivement employés comme médicaments. »

Il résulterait de là que les droguistes ne pourraient plus vendre, par exemple, du sulfate de quinine.

M. Pasquier : La législation actuelle le leur défend. La Commission voudrait leur permettre ce qui leur est maintenant interdit.

M. Lebeau : L'opium rentrerait également dans l'exception.

M. le Président : Le sulfate de quinine se fabrique en grand ; si la mesure proposée par M. Pasquier était admise, les fabricants ne pourraient plus vendre plusieurs de leurs produits chimiques.

M. De Hemptinne : Nous ne pouvons pas admettre la disposition, car si nous empêchons nos droguistes de vendre leurs produits, du genre de ceux dont il est question dans l'amendement de M. Pasquier, ce seront les droguistes étrangers qui viendront les fournir.

M. Pasquier : Je retire mon amendement.

M. le Président : Nous arrivons à l'amendement de M. Pasquier, tendant à remplacer le premier alinéa de la page 50 du rapport par le suivant : « Cependant, afin d'éviter que les droguistes ne s'immiscent dans l'exercice de la pharmacie, il leur est défendu de vendre, de débiter ou de fournir des drogues ou des produits chimiques à l'état de mélange ou de solution, et en quantités inférieures au poids de 500 grammes, à l'exception de ce qui est employé dans les arts, l'industrie et l'économie domestique. »

L'amendement ainsi modifié est mis aux voix et adopté.

M. le Président : « Les droguistes pourront également vendre en quantités inférieures au poids de 500 grammes, toutes les substances qui font partie du commerce de la droguerie, lorsqu'elles leur seront demandées par des pharmaciens ou par les autres personnes que la loi pourrait autoriser à préparer et à débiter des médicaments. » M. Pasquier propose d'ajouter : « Ils ne pourront vendre au poids médicinal. »

L'amendement de M. Pasquier est mis aux voix et rejeté.

— M. le Président : M. Pasquier fait une autre proposition ainsi conçue :

« La loi ne reconnaît plus de *marchands de drogues*. »

La proposition de M. Pasquier est mise aux voix : elle n'est pas adoptée.

— M. le Président : « Les herboristes sont assimilés aux droguistes pour la vente des substances végétales usitées en médecine. »

M. Pasquier propose de dire :

« Les herboristes sont assimilés aux droguistes pour la vente des plantes ou parties de plantes *indigènes*, fraîches ou sèches, qui sont usitées en médecine. »

L'amendement de M. Pasquier est mis aux voix et adopté.

— M. le Président : Le paragraphe du rapport, qui concerne les fabricants de produits chimiques, est ainsi conçu :

« Les fabricants de produits chimiques sont assimilés aux droguistes pour la vente en détail des produits dont on fait usage en médecine. »

M. Pasquier propose de dire : « Pour la vente en détail *de ceux de leurs produits....* »

Cet amendement est mis aux voix et adopté.

— M. le Président : Le paragraphe relatif aux épiciers est rédigé de la manière suivante :

« Les épiciers ne pourront vendre ni les drogues simples, ni les préparations chimiques dont on fait exclusivement usage en médecine. »

M. Pasquier propose de dire : « En fait de drogues, de médicaments et de préparations chimiques, les épiciers ne pourront vendre que celles de ces substances qui sont journellement employées pour les usages culinaire et domestique.

Cet amendement est mis aux voix et adopté.

— M. le Président : Nous arrivons au 3° des conclusions du rapport. Le premier paragraphe est ainsi conçu :

« Les propositions de la Commission de la Pharmacopée, relatives aux substances et aux préparations médicinales dont la vente doit être exclusivement réservée aux pharmaciens, et à celles de ces substances ou préparations dont la vente peut être commune avec d'autres professions, formeront la base des réglements à prendre par le Gouvernement sur la matière. »

Le premier paragraphe du 3° des conclusions du rapport est mis aux voix et adopté avec l'addition de cette phrase proposée par M. le Président, « sauf les exceptions établies par la loi, » qui sera placée immédiatement après les mots « réservés aux pharmaciens. »

Le deuxième paragraphe est adopté sans discussion. Il est ainsi conçu :

« Les droguistes continueront à être soumis à l'examen prescrit par l'instruction du 31 mai 1818, et à la surveillance établie par cette instruction et par les articles 29 et 35 de la loi du 21 germinal an XI.

— M. le Président : Nous sommes parvenus au 4° des conclusions :

« Toute vente ou distribution de médicaments composés, faite en dehors des hôpitaux, hospices et établissements de bienfaisance, par des personnes autres que des pharmaciens légalement reçus, est sévèrement interdite. »

Il y a un amendement de M. Pasquier, rédigé comme suit :

« Toute vente de médicaments, simples ou composés, faite par les pharmaciens des hôpitaux, hospices, prisons et autres établissements publics de bienfaisance, est sévèrement interdite. Il leur est également défendu de faire aucune distribution de médicaments au dehors, si ce n'est aux indigents, et à titre de secours gratuit. »

— M. le Président : Je mettrai d'abord aux voix le premier paragraphe de l'amendement de M. Pasquier, ainsi conçu :

« Toute vente de médicaments, simples ou composés, faite par les hôpitaux, hospices, prisons et autres établissements publics de bienfaisance, est sévèrement interdite. »

Ce premier paragraphe est mis aux voix et adopté.

— M. le Président : Le deuxième paragraphe porte :

« Il leur est également défendu de faire aucune distribution de médicaments au dehors, si ce n'est aux indigents et à titre de secours gratuit. »

Le second paragraphe de l'amendement de M. Pasquier est mis aux voix et adopté.

L'ensemble de l'amendement est également admis. Il remplacera la quatrième conclusion de la Commission.

— M. le Président : Nous arrivons au 5° des conclusions. Le premier paragraphe est ainsi conçu :

« Toute entreprise ayant pour effet de livrer ou d'administrer au public les eaux minérales naturelles ou artificielles, approuvées par le Gouvernement, sera soumise à une autorisation préable et à une surveillance à exercer par les Commissions médicales provinciales ou par des Commissaires spécialement chargés de cette mission. »

Le paragraphe est adopté.

Paragraphe 3. « La fabrication et le débit des eaux minérales par les pharmaciens, étant une conséquence naturelle du droit que la loi leur donne, de composer et de vendre toutes sortes de remèdes, en se conformant aux réglements qui prescrivent une surveillance directe des officines, ces hommes de l'art seront dispensés des subventions que pourraient avoir à payer les fabricants et débitants d'eaux minérales naturelles ou artificielles. » — Adopté.

Paragraphe 4. « Les dispositions qui précèdent seront applicables aux établissements pour bains composés, douches et fumigations. » — Adopté.

— M. le Président : La sixième conclusion est conçue comme suit :

« Nul ne pourra, sans y avoir été autorisé par une Commission médicale provinciale, annoncer, soit par affiches, soit par insertions dans les journaux, ou par inscriptions sur les devantures des officines des pharmaciens et autres établissements, aucun médicament quelconque, aucun traité ou traitement médical ayant pour but le débit ou la vente des remèdes ou médicaments. Cette autorisation sera donnée sous la réserve de l'approbation du Gouvernement. »

M. Pasquier propose de rédiger ce paragraphe de la manière suivante :

« Nul ne pourra, sans y avoir été autorisé par le Gouvernement, qui prendra au préalable l'avis de l'Académie de médecine, annoncer ou faire annoncer par soi ou par d'autres, soit par affiches, circulaires, prospectus ou brochures, soit par insertions dans les journaux, par inscriptions, ou de toute autre manière, aucune drogue ou médicament quelconque, aucun traité ou traitement médical ayant pour but le débit, la vente ou la fourniture de remèdes ou médicaments.

— M. Sauveur : Je crois que nous rencontrons ici l'inconvénient que j'ai signalé tout à l'heure. Si le Gouvernement demandait l'avis de l'Académie sur toutes les questions sanitaires et de police médicale qu'il doit décider, nos séances ne suffiraient pas pour examiner ces affaires. Il me semble d'ailleurs qu'il faut avoir confiance dans les Commissions médicales, et leur abandonner les questions qui rentrent essentiellement dans leurs attributions.

M. Martens : Je demanderai le retranchement des mots : « Aucun traité, » car ils pourraient donner lieu à différentes interprétations. Ainsi, par exemple, on expose en vente un traité de médecine relatif à telle ou telle maladie; ce traité aura pour but de vanter l'emploi d'un traitement spécial quelconque, par exemple, le traitement homœopathique : eh bien ! il serait défendu d'annoncer un semblable traité. Evidemment, une disposition de cette nature n'est pas admissible.

M. Pasquier : J'ai proposé de substituer l'Académie de médecine aux Commissions médicales, parce que celles-ci pourraient prendre des décisions contradictoires, que l'une pourrait se prononcer dans tel sens, tandis que l'autre se prononcerait en sens contraire. Je demande ensuite que l'on remplace les mots : « sur les devantures des officines » par ceux-ci : « ou de toute autre ma-

nière, » parce que cette dernière expression, par sa généralité, rendrait impossible qu'on éludât la loi.

Il est d'abord procédé au vote de la partie de l'amendement de M. Pasquier qui tend à substituer l'Académie aux Commissions médicales. Cette disposition n'est pas adoptée.

L'Académie adopte ensuite la suppression proposée par M. Martens des mots : « Aucun traité. »

L'amendement de M. Pasquier, tel qu'il est modifié par ces deux décisions, est mis aux voix et adopté.

M. le Président : Nous passons au 7° des conclusions :

« Les peines portées par la loi du 29 pluviôse an XIII, contre toute espèce d'annonces de remèdes secrets, seront également applicables en cas de dépôt, distribution, vente ou débit de ces remèdes. »

M. Pasquier propose d'ajouter après les mots : « vente, » ceux-ci : « exposition, mise en vente. »

M. Pasquier : J'ai fait cette proposition, parce que la loi a été interprétée de différentes manières par les tribunaux. Des distinctions ont été faites entre la vente, l'exposition et la mise en vente. Je pourrais citer des jugements; mais je crois que c'est inutile, et je ne veux pas abuser des moments de l'Académie.

La septième conclusion, ainsi amendée par M. Pasquier, est adoptée.

M. le Président : Nous arrivons maintenant à une autre série de questions. Il y a d'abord une proposition faite par un membre adjoint, M. Davreux, mais que je fais volontiers mienne. Elle est ainsi conçue :

« Je demande qu'il soit interdit à un pharmacien d'ouvrir deux officines ou de servir de prête-nom. »

La proposition de M. Davreux est adoptée.

M. le Président : Nous passons aux propositions qui concernent les droits acquis. Il y en a trois; je vais en donner lecture :

Proposition de M. Verheyen :

« L'Académie prie le Gouvernement de faire examiner sérieusement la question de savoir si le droit de fournir les médicaments qu'ils prescrivent, accordé par les lois des 21 germinal an XI et 12 mars 1818, est acquis aux praticiens qui se sont établis sous l'empire de ces lois, et, en cas de doute, de vouloir résoudre cette question en leur faveur. »

Proposition de M. Fallot :

« J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de prier le Gouvernement d'insérer dans la loi à intervenir la disposition transitoire suivante :

« Sont exceptés de la disposition et autorisés à continuer la délivrance des médicaments à leurs malades, les officiers de santé reçus sous le régime de la loi du 19 ventôse an XI et les médecins et chirurgiens reçus sous celui de la loi du 12 mars 1818, qui usaient de cette faculté au 31 décembre 1845. »

Proposition de M. Guislain :

« Dans tous les cas, les praticiens actuellement établis dans les campagnes et délivrant les médicaments à leurs malades, continueront à jouir de cette prérogative, leur vie durant. »

La première proposition à mettre aux voix est celle de M. Verheyen. Elle est ainsi conçue :

« L'Académie prie le Gouvernement de faire examiner sérieusement la question de savoir si le droit de fournir les médicaments qu'ils prescrivent, accordé par les lois des 21 germinal an XI et 12 mars 1818, est acquis aux praticiens qui se sont établis sous l'empire de ces lois, et, en cas de doute, de vouloir résoudre cette question en leur faveur. »

Cette proposition est mise aux voix par appel nominal et adoptée par 13 voix contre 10.

M. le Président : La question des droits acquis est donc vidée. Nous continuerons à la prochaine séance la suite de la discussion.

---

## MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

| FÉV. 1846. | Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin. | Température centigrade de l'air, à 9 h. du m. | Extrêmes de la température centigrade. Maxim. | Minim. | Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m. | Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim. | VENTS dominants. | ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mm. | ° | ° | ° | ° | | | |
| 1 | 752,79 | + 9,8 | +10,5 | + 4,5 | 85,0 | 0,89 | OSO.-ONO. | Nuageux, assez beau. |
| 2 | 748,13 | + 5,3 | + 7,1 | + 3,7 | 95,0 | 7,13 | OSO.-NO. | Très-pluvieux le matin ; nuageux après midi ; éclairci le soir. |
| 3 | 758,68 | + 5,6 | + 8,6 | + 3,7 | 95,0 | 0,25 | SO. | Sombre ; pluie fine le soir. |
| 4 | 757,69 | + 8,1 | + 9,6 | + 4,6 | 93,5 | 1,02 | OSO.-ONO. | Très-beau. |
| 5 | 752,88 | + 6,1 | + 9,5 | + 4,5 | 97,5 | 7,39 | SO.-OSO.-ONO. | Pluvieux et vent frais le matin, gris le soir. |
| 6 | 754,77 | + 5,0 | + 7,5 | + 4,3 | 95,0 | 1,27 | ONO.-SO. | Nuageux, assez beau. |
| 7 | 755,62 | + 7,6 | + 9,5 | + 5,3 | 94,0 | 1,27 | OSO.-ONO. | Sombre, pluvieux, venteux. |
| 8 | 756,45 | + 4,5 | + 7,3 | + 0,7 | 94,0 | 3,05 | ONO. | Assez beau le matin ; giboulées et vent le soir. |
| 9 | 756,83 | + 1,3 | + 3,0 | — 1,2 | 92,5 | 7,52 | ONO.-NO.-NNE. | Giboulées. |
| 10 | 766,19 | — 2,5 | — 0,9 | — 4,9 | 91,5 | 0,64 | ENE. | Beau. |
| 11 | 759,93 | — 2,3 | + 2,3 | — 5,1 | 87,5 | » | SO.-ONO. | Nuageux, neige et pluie. |
| 12 | 759,67 | + 2,6 | + 6,3 | + 1,1 | 94,0 | 2,28 ? | ONO.-OSO. | Nuageux, assez beau. |
| 13 | 759,73 | + 4,5 | + 6,9 | + 3,1 | 93,0 | » | OSO.-O. | Sombre, brumeux. |
| 14 | 759,87 | + 4,8 | + 7,3 | + 1,6 | 93,5 | 0,64 | OSO.-ONO. | Sombre, nuageux. |
| 15 | 764,31 | + 3,3 | + 6,9 | + 3,0 | 96,5 | 0,13 | ONO.-O. | Nuageux, bruine par intervalles. |
| 16 | 761,47 | + 5,2 | + 6,8 | + 3,6 | 97,0 | 0,25 | O.-ONO. | Sombre, brumeux. |
| 17 | 760,59 | + 6,2 | + 8,3 | + 5,3 | 96,5 | 3,18 | ONO. | Sombre, brumeux. |
| 18 | 755,66 | + 5,7 | + 8,1 | + 1,4 | 93,0 | 1,27 | ONO.-N. | Sombre, brumeux. |
| 19 | 758,68 | + 1,3 | + 6,2 | + 0,1 | 100,0 | 0,89 | N.-O.-OSO. | Sombre, assez agréable. |
| 20 | 762,21 | + 4,9 | + 5,8 | + 4,3 | 94,0 | » | OSO. | Sombre. |
| 21 | 763,62 | + 5,0 | + 8,6 | + 3,7 | 89,0 | » | S.-SSO. | Sombre, assez beau. |
| 22 | 763,73 | + 6,1 | +12,5 | + 4,2 | 89,5 | » | S. | Très-beau. |
| 23 | 757,54 | + 9,3 | +11,7 | + 9,0 | 88,5 | » | S.-SSO. | Sombre, un peu brumeux. |
| 24 | 754,00 | +10,6 | +16,3 | + 9,1 | 88,5 | » | S. | Beau. |
| 25 | 750,82 | +13,6 | +15,5 | + 8,3 | 87,5 | » | SSO.-SO. | Très-beau, doux, vent. |
| 26 | 757,40 | +10,4 | +14,2 | + 7,6 | 93,0 | 0,89 | SSO. | Beau. |
| 27 | 753,42 | +11,1 | +17,6 | + 8,8 | 87,5 | » | SSE.-SE. | Très-beau. |
| 28 | 753,85 | +13,0 | +18,7 | + 9,9 | 82,5 | » | S.-SSO. | Très-beau. |

SÉANCE DU 5 AVRIL 1846. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

—

RECHERCHES *sur la structure intime des poumons de l'homme et des principaux mammifères*, par M. ROSSIGNOL. — M. BURGGRAEVE, rapporteur.

Messieurs,

Quand on examine les poumons des reptiles et ceux des oiseaux, on voit que, chez les uns, ils sont formés par des *infundibulums* ou sacs divisés à leur fond en une foule de cellules terminales ; tandis que, chez les autres, ce sont les canaux bronchiques eux-mêmes, à leurs dernières divisions, qui supportent les cellules, lesquelles, par conséquent, sont pariétales.

En réunissant ces deux types, il est permis de croire qu'on arrivera aux poumons de l'homme et des mammifères, la nature procédant par la reproduction ou la multiplication des types déjà mis en œuvre, plutôt que par la création de types nouveaux.

Telles sont les considérations qui ont guidé dans ses recherches l'auteur du travail que vous avez soumis à notre examen, travail important, puisqu'il tend à faire disparaître les dissidences d'opinion qui règnent encore parmi les auteurs sur la structure intime d'un des organes les plus compliqués de l'économie. Nous allons en analyser les faits principaux, afin de vous mettre à même d'en apprécier la portée.

Et d'abord un mot sur le mode de préparation.

M. Rossignol injecte l'artère pulmonaire d'un mélange d'essence de térébenthine, d'un sixième de vernis de cobalt et de vermillon porphyrisé. La solution, tout en restant liquide, est concentrée le plus possible. Quand l'injection est revenue par les veines pulmonaires, il laisse écouler le surplus. Après quoi il insuffle par une ramification bronchique, jusqu'à ce que le poumon soit parvenu à son état normal. L'organe est alors desséché à la chaleur modérée du four indiqué par M. Magendie. Ce mode de préparation place l'organe respiratoire, autant que possible, dans ses conditions naturelles, et l'expose moins à des ruptures emphysémateuses, puisque les cellules aériennes sont soutenues par la trame capillaire remplie par l'injection, comme elles le sont pendant la vie, par le sang.

L'auteur s'est principalement servi de poumons de chats, ceux de l'homme présentant rarement leurs cellules intactes, à cause de l'emphysème qui survient dans les derniers moments de la vie.

Nous arrivons maintenant aux résultats auxquels l'auteur est parvenu par ces préparations. Nous le suivrons d'abord dans l'examen de l'appareil aérien, puis de l'appareil vasculaire.

*Appareil aérien.*—L'auteur dit que quand on coupe une tranche de poumon ainsi préparé, on voit, près du bord, de petites cavités polygonales, auxquelles il donne le nom d'*alvéoles pulmonaires*, à cause de leur ressemblance avec les alvéoles d'une ruche d'abeilles. Ces alvéoles constituent de véritables prismes perpendiculaires à la surface pleurale, dont le fond est arrondi et de même dimension que l'orifice. Elles sont séparées les unes des autres par des cloisons complètes, et à peu près de même hauteur. Selon l'auteur, ce sont ces cavités qui ont été prises pour des canaux aveugles, terminaisons des dernières ramifications bronchiques, ou pour de petites vessies entées sur ces canaux. Les alvéoles sont contenues, à leur tour, dans des cavités plus grandes, ou plutôt s'élèvent du fond de ces dernières, comme autant de cellules terminales. Ces grandes cavités vont en se rétrécissant à partir de la plèvre, de manière à n'offrir qu'une petite ouverture et une forme conoïde dont la base repose sur l'enveloppe commune. L'auteur leur donne le nom d'*infundibulums* ou d'*entonnoirs*. Tous ces infundibulums ne sont pas perpendiculaires à la plèvre, car un grand nombre deviennent obliques à la hauteur des alvéoles pulmonaires. Ils se réunissent deux à deux, trois à trois, mais le plus généralement deux à deux, par un amincissement de la paroi commune. L'ouverture résultant de ces infundibulums est toujours plus petite que la somme des ouvertures des infundibulums abouchés; mais elle est plus grande que chacune d'elles prises isolément. La direction de ces tubes devient de plus en plus oblique à la surface pleurale. Quelquefois les tubes reçoivent à leurs parois latérales, à diverses hauteurs, plusieurs orifices d'infundibulums. Les intervalles sont complétés par des vaisseaux et d'autres infundibulums qui affectent la même disposition que les premiers. Dans le poumon du chat, ils peuvent être vus, à travers la plèvre, à l'œil nu. Pour les examiner à l'intérieur, on n'a qu'à les ouvrir à l'aide d'une aiguille fine, l'œil armé de la loupe. Chaque lobule pulmonaire ne reçoit qu'un seul rameau bronchique qui, à son entrée dans le lobule, se divise en deux ou trois ramifications pour les parties latérales du lobule. Le rameau bronchique gagne toujours le centre du lobule, en se portant directement vers lui, et c'est seulement là que sa direction peut varier. La bronche lobulaire, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, fournit des ramifications dans tous les sens; ce qui l'épuise peu à peu. Le lobule reçoit des rameaux en raison de son volume, au nombre de six à

quinze. Quand le lobule a une forme conique assez régulière, ces rameaux partent de l'arbre central en succession régulière et décroissante, alternant et rayonnant dans toutes les directions. Les divisions dicho et trichotomiques sont les plus fréquentes aux trois quarts de son trajet dans le lobule. Le rameau bronchique n'admet pas de dilatations, car celles-ci ne sont qu'apparentes et ne sont réellement que l'embouchure d'un rameau qui vient se rallier à un autre dans une division du deuxième ordre. Ces dilatations apparentes n'existent pas dans celles du premier ordre.

On peut ramener les canaux bronchiques à deux types de ramifications : 1° par divisions alternes ; 2° par dicho et trichotomie. Les divisions du troisieme ordre qui naissent sous des angles droits, obtus ou aigus, vont pour la plupart au centre du lobule. Les autres se rendent à sa surface externe et aux couches sous-jacentes.

Le nombre de divisions et de subdivisions de la branche lobulaire est en rapport avec le volume du lobule. Son diamètre jusqu'aux rameaux du deuxième ordre suit une marche décroissante. Depuis ces rameaux jusqu'à l'orifice de l'infundibulum, le diamètre reste à peu près le même ; mais il suit une marche rapidement décroissante depuis l'orifice jusqu'au fond des infundibulums.

Les canaux aériens et les vaisseaux sanguins servent de lien, d'attache et de support aux infundibulums, et ceux-ci, à leur tour, renferment les alvéoles bronchiques. Mais indépendamment de ces alvéoles du fond, que l'auteur nomme *terminales*, on en trouve encore de *pariétales*, c'est-à-dire situées sur les parois des tubes des infundibulums, et jusque dans les ramifications bronchiques des deux derniers ordres, et quelquefois des trois derniers. Quand on ouvre ces canaux, dit l'auteur, on voit que leur surface est tapissée et comme gaufrée par une foule de petites cavités régulières, peu profondes, rangées les unes à côté des autres, et séparées par des cloisons minces, entières et de même hauteur, qui font saillie dans l'intérieur du tuyau bronchique. M. Rossignol dit avoir constaté ces cavités dans le poumon de l'homme et du chien, et elles ont la même forme que les alvéoles terminales, les mêmes dimensions ; leur fond est également arrondi. Elles couvrent les parois internes des derniers tubes aériens, comme les cellules qui tapissent les canaux labyrinthiques des oiseaux, et constituent, comme dans ces derniers, une partie de l'organe destiné spécialement à l'hématose, ainsi que le démontre la grande quantité de capillaires sanguins qui parcourent leurs parois. Le fond de ces alvéoles pariétales est placé contre la paroi des canaux bronchiques, et leurs orifices sont dirigés vers l'axe central du canal

aérien, et cependant leur place ne diminue point la lumière des capillaires bronchiques, parce qu'au moment où elles apparaissent, ces capillaires s'élargissent, de manière que les bords libres et égaux des alvéoles font suite à la surface interne des tubes qui précèdent. Les alvéoles pariétales s'étendent d'une ramification bronchique à une autre; mais près des orifices des infundibulums, elles disparaissent, de manière que l'orifice est nettement circulaire. Les alvéoles du fond ou terminales font suite aux pariétales. Ainsi que chez les reptiles, les cloisons diminuent du centre à l'orifice des infundibulums.

Comme les parois des canaux bronchiques ont plus d'étendue que le fond des infundibulums, il s'ensuit que les alvéoles pariétales sont plus nombreuses que les terminales. Chaque infundibulum renferme dix à vingt alvéoles. Les tubes aériens en contiennent un nombre bien plus grand. Les alvéoles pariétales diminuent avec l'âge; ainsi, on les trouve plus nombreuses dans l'enfance, où elles occupent jusqu'aux derniers ordres des canaux aériens. Dans l'âge mûr, elles ne tapissent que les tubes de réunion des infundibulums. Enfin, dans la vieillesse, elles disparaissent en grande partie. Dans le poumon du cheval, les alvéoles pariétales sont plus nombreuses que dans celui de l'homme, et plus nombreuses chez ce dernier que dans le poumon du veau. Dans les poumons du chien et du chat, elles sont en bien plus grand nombre; car, chez eux, elles occupent les trois derniers ordres de tubes aériens. Elles sont plus petites, quoique ces tubes offrent un diamètre égal et même plus grand que celui des divisions bronchiques correspondantes dans les poumons des animaux précités et de l'homme.

Tel est le résumé des recherches auxquelles M. Rossignol vient de se livrer pour établir la disposition de l'appareil aérien du poumon de l'homme et des principaux mammifères. On voit que, fidèle à ses prémisses, il ramène cet appareil au type fondamental des premiers vertébrés pulmonés, les reptiles et les oiseaux. Il est évident, en effet, que les canaux bronchiques, par la manière dont ils s'entrecoupent et s'anastomosent, et par leurs alvéoles pariétales, rappellent les poumons des oiseaux ; disposition qui a été également reconnue par M. Bourgery, et qui leur a fait donner par cet auteur le nom de *canaux labyrinthiformes*. Toutefois, hâtons-nous de le dire, bien plus complètes que les recherches de l'anatomiste français, celles de notre compatriote font voir que ce système de canaux s'ouvre dans des infundibulums qui, à leur tour, donnent l'image exacte du poumon des reptiles, surtout des batraciens. La loi de l'unité de composition reçoit donc ici la démonstration la

plus entière, comme étant celle dont la nature ne s'est point départie dans ses œuvres, quel que soit le degré de complication auquel elle les élève. *L'unité dans la variété*, telle est la donnée éminemment philosophique qui domine dans le travail de M. Rossignol, donnée qui le féconde et d'où émanent la netteté et la clarté avec lesquelles il expose la structure de l'un des appareils les plus importants de l'économie animale. Disons-le ici, ce travail est un hommage rendu au génie de Malpighi; car il ne faut pas oublier que cet anatomiste célèbre a été le promoteur de tous ces travaux par lesquels les anatomistes modernes sont parvenus à fixer le grand principe posé déjà dans l'antiquité par Aristote, et ressuscité par Malpighi avec tout l'éclat d'une découverte. Dans ses études sur les poumons *(De pulmonibus)*, Malpighi a également pris pour point de départ de ses recherches, les grenouilles, parce que, comme il le fait observer, dans l'examen de la structure intime des organes, il faut procéder du simple au composé, la nature préludant par des compositions inférieures à des compositions plus élevées, et posant toujours dans les animaux inférieurs les rudiments des espèces plus élevées dans l'échelle des êtres. *Solet enim quibusdam, licet vilioribus, magnis et omnibus absolutis numeris natura prœludere, et in imperfectis rudimenta perfectorum animantium ponere.* Telle est la force de ce principe, qu'aujourd'hui encore, grâce à lui, les œuvres du professeur de Bologne apparaissent comme un phare lumineux qui perce au loin les ténèbres de la science. Ce que nous disons ici ne détruit en rien ce que le travail de M. Rossignol présente d'original et de réellement nouveau dans l'état actuel de la question qui nous occupe. Ainsi, l'existence de cellules pariétales dans les canaux bronchiques n'a été signalée jusqu'ici par personne, et constitue un fait d'autant plus important, qu'il donne aux poumons des mammifères toute la puissance d'action des poumons des oiseaux. Il en est de même des infundibulums dans lesquels ces canaux viennent s'aboucher, au lieu de se terminer chacun isolément par des vésicules borgnes, ainsi qu'il résulte des travaux de Reisseissen. Un doute se présente cependant à nous : les alvéoles pulmonaires existent-elles réellement, ou bien ne sont-elles que le produit de la coupe faite dans l'organe après qu'il a été desséché? D'après les injections par lesquelles nous sommes parvenus à rendre les canaux bronchiques apparents à l'œil nu, il nous a paru qu'elles formaient des grappes à cellules nettement dessinées et indépendantes les unes des autres, du moins à en juger par la forme globuleuse que prend l'injection mercurielle aux extrémités capillaires de ces canaux. Nous soumettons ici franchement nos doutes à M. Rossignol, et

nous désirons que l'occasion lui soit donnée de les lever au sein même de l'Académie.

Nous passons maintenant à l'examen de l'appareil vasculaire.

*Appareil vasculaire.* — Nous venons de voir quelles sont les considérations qui ont guidé M. Rossignol dans l'étude de l'appareil aérien : les poumons de l'homme et des principaux mammifères sont, à proprement parler, les poumons des oiseaux et des reptiles multipliés, c'est-à-dire élevés à leur plus haute puissance. A mesure que cette évolution a lieu, les bronches terminales et les infundibulums se couvrent de parois de cellules ou d'alvéoles destinées à multiplier les points de contact du sang et de l'air, sans augmentation équivalente du volume de l'organe. Le développement de l'appareil vasculaire se fait dans le même sens. Ainsi, dans les vertébrés à poumon simple (batraciens), l'artère pulmonaire, ou le vaisseau afférent à sang noir, recouvre le sac aérien d'un réseau dont les mailles dessinent les alvéoles. Ce réseau, à mesure que les alvéoles se multiplient en se subdivisant (ophidiens, chéloniens), se resserre et donne naissance à un second réseau circonscrivant le fond des alvéoles, et d'où part, à son tour, un troisième réseau pour les parois et le bord libre de ces cavités. Le sang vient ainsi à la rencontre de l'air, et en se divisant en colonnes de plus en plus minces, se présente au contact du fluide vivificateur à un état d'atténuation extrême et presque molécule à molécule. Les observations microscopiques font voir que les globules colorés se suivent à la file dans les capillaires des parois bronchiales des alvéoles, et sont en contact immédiat avec les parois de ces capillaires ; tandis qu'on sait que dans les autres tissus, les globules occupent le centre de ces canaux, le plasma et quelques rares globules qui y sont comme égarés, en occupant le pourtour. C'est sur les parois et au bord libre des alvéoles que prend naissance le système afférent à sang rouge. Celui-ci abandonnant immédiatement les infundibulums, se jette dans les espaces interlobulaires, et va se construire le long des bronches en veines satellites des artères.

L'ensemble de l'appareil vasculaire que nous venons de décrire, et qui constitue un véritable système bronchial, existe également chez les mammifères : c'est ce que M. Rossignol s'attache à faire voir. Nous allons le suivre dans sa démonstration.

*Artère pulmonaire.* — Cette artère accompagne les bronches, se divisant et se subdivisant parallèlement à elle. Chaque lobule reçoit, de même qu'un canal aérien, un rameau artériel d'un calibre égal ou supérieur à celui du premier. A l'endroit où commencent les alvéoles pariétales, on voit naître de nombreuses ramifications qui se répandent en capillaires déliés sur leurs parois.

L'artère s'incurve ensuite autour des infundibulums et les entoure par des demi-anneaux. Ce sont ces anneaux que M. Bourgery regarde comme les dernières ramifications de l'artère pulmonaire, de même qu'il envisage les tubes aériens de deuxième et de troisième ordre comme des canaux labyrinthiques. Chaque maille de réseau qui enveloppe ainsi l'infundibulum recouvre le fond d'une alvéole et l'entoure comme d'une ceinture. De ces dernières se détachent des ramuscules plus petits qui vont se répandre entre les parois des alvéoles et jusqu'à leur bord libre. A l'intérieur de ces polygones vasculaires, il existe un troisième réseau beaucoup plus fin que les précédents, puisqu'il n'a que le quart ou le huitième du calibre des premiers vaisseaux. Enfin, tous ces capillaires communiquent entre eux au bord libre des alvéoles; ce qui donne lieu à un cinquième réseau à mailles extrêmement fines. Comme chez les reptiles, les globules colorés suivent un à un la filière des capillaires des parois des alvéoles, et sont en contact avec leurs parois. Ceux du bord libre ne semblent plus admettre que le plasma du sang.

*Veines pulmonaires.* — Ces vaisseaux naissent près des bords libres des alvéoles et se dirigent obliquement entre leurs cloisons, d'où ils gagnent la surface externe de la bronche correspondante. Ils abandonnent le canal aérien dans une direction le plus souvent perpendiculaire à l'axe de ce dernier, en décrivant un arc de cercle plus ou moins marqué. Ces ramifications, une fois devenues libres, forment par leur réunion un tronc veineux qui s'accolle à la bronche du côté opposé à l'artère; mais ce rapport n'est rien moins que constant, car on rencontre dans le lobule de nombreuses ramifications aériennes accompagnées seulement du rameau artériel, satellite constant de la bronche, tandis qu'on trouve des canaux veineux qui cheminent isolément. Ces vaisseaux veineux constituent ce que l'auteur appelle le *plan profond*, car pour lui il en existe encore un superficiel. Ce plan peut être facilement constaté dans ses dispositions à la surface du poumon. Il est formé par des veinules qui gagnent la surface du lobule, où elles se joignent à d'autres radicules de même origine, pour former une veinule qui pénètre dans le lobule le long d'une des cloisons qui le divisent incomplétement. On ne trouve quelquefois, pour toute la surface d'un lobule, qu'un seul tronc veineux dont les radicules s'étendent à tous les infundibulums de cette surface. Ce tronc pénètre dans le lobule et se rallie à une veine de l'intérieur ou veine profonde. Les veines superficielles sont toujours placées en dehors du réseau artériel qui couvre le fond des alvéoles, mais en dedans de la membrane propre ou enveloppante du lobule pulmonaire. Une troisième

disposition des veines superficielles, c'est la formation de troncs veineux dans les sillons interlobulaires immédiatement au-dessous de la plèvre pulmonaire. Ces veines proviennent de la surface pleurale de chaque lobule. Elles ne gagnent point le centre de ce dernier, mais se réunissent vers leurs sillons pour constituer une veine qui s'engage ensuite dans l'intervalle des globules, pour se jeter dans le tronc qui vient à émerger de cette surface. Il existe donc deux systèmes veineux à sang rouge dans les lobules pulmonaires et par suite dans le poumon entier : l'un profond, formé par les veines qui accompagnent les divisions bronchiques, ou bien qui marchent isolément dans l'intérieur du lobule; l'autre superficiel, moins considérable que le précédent. Ces deux ordres de veines se réunissent et forment un tronc unique, qui sort du lobule tantôt à une petite distance de l'artère, d'autres fois, accolé à celle-ci, ou bien séparé d'elle par la bronche lobulaire. On voit que ce n'est que l'artère qui est constante dans ses rapports avec cette bronche, et que les veines ne cherchent qu'à faire le plus court trajet possible pour se dégager du lobule. Reisseissen admet pour chaque bronche lobulaire une veinule et une artériole; d'après MM. Rossignol et Krause, il n'y a qu'un courant sanguin sur les parois de chaque vésicule, et ce courant est centripète à l'axe du tube aérien.

*Artère bronchique.* — Cette artère se répand en capillaires dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et décrit son trajet comme le décrit Reisseissen. Toutefois M. Rossignol affirme qu'il n'existe aucune communication entre ce vaisseau et l'artère pulmonaire. Il dit que quand l'injection a été faite avec précaution, la matière injectée ne se répand pas au delà du point où commencent les alvéoles pariétales, et qu'on n'en trouve jamais de traces dans les vaisseaux qui se répandent sur les parois de ces cavités. Le contraire a lieu quand on injecte par l'artère pulmonaire. Nous devons dire que ce résultat est complétement opposé à celui que nous avons obtenu. En effet, en poussant une injection dans les artères bronchiques, nous avons injecté non-seulement le tissu sous-muqueux, mais nous avons vu que la matière à injection remplissait les espaces interlobulaires, où elle venait dessiner le réseau que M. Rossignol rapporte aux veines pulmonaires. A quoi ces dissidences sont-elles dues? Est-ce que les injections de M. Rossignol n'ont pas été assez complètes, ou bien les nôtres ont-elles déterminé des voies accidentelles? Ce que nous pouvons dire, c'est que la communication entre les vaisseaux pulmonaires et bronchiques est généralement admise par les auteurs. Cette communication entre un système à sang noir et un système à sang rouge existe éga-

lement dans le foie, organe qui présente, du reste, tant de ressemblance avec les poumons.

*Veines bronchiques.* — Elles offrent dans leurs principaux rameaux la même disposition que les artères bronchiques. Leurs capillaires forment sous la muqueuse des bronches des lacis très-serrés de plexus veineux qui succèdent à ces artères.

Nous terminons ce rapport en signalant les recherches récentes de M. Schrœder Van der Kolck, professeur d'anatomie à l'Université d'Utrecht, sur la structure du foie, recherches consignées dans la dissertation inaugurale d'un de ses élèves, M. C.-L.-J. Backer. En comparant ce travail à celui de M. Rossignol, on verra que les analogies du foie et des poumons ne se sont jamais présentées d'une manière plus frappante. M. Schrœder admet que chaque granule hépatique, représentant de l'organe entier, est formé par une espèce de labyrinthe ou système de cellules qu'embrasse l'expansion de la capsule de Glisson. Ces cellules et cette expansion sont les équivalents des alvéoles pulmonaires et de leurs infundibulums. Les canaux biliaires viennent s'y ouvrir, comme les bronches dans les infundibulums pulmonaires. La veine porte, représentant l'artère pulmonaire, s'incurve autour des granules et les embrasse par des demi-anneaux, d'où ses ramifications forment différents réseaux, d'abord à la surface du granule, ensuite entre les alvéoles biliaires et sur leurs parois. La veine équivalente de la veine pulmonaire prend naissance dans ces réseaux et forme également un *plan profond* et un *plan superficiel.* Cette veine se jette dans l'espace entre-granulaire, pour se réunir aux veines congénères et constituer le système des veines sus-hépatiques. L'artère hépatique communique avec le réseau de la veine porte et de la veine sus-hépatique.

Messieurs, la Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe vous propose : 1° de donner acte à M. Rossignol de ses recherches, en publiant le rapport dont elles ont été l'objet dans le Bulletin des séances de l'Académie;

2° D'inviter ce médecin à venir exposer ses préparations dans une prochaine séance, et, après la discussion à laquelle cette démonstration donnera lieu, d'insérer son travail dans le recueil des Mémoires de la Compagnie.

Après une courte discussion, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

| MARS 1846. | Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin. | Température centigrade de l'air, à 9 h. du m. | Extrêmes de la température centigrade. Maxim. | Minim. | Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m. | Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim. | VENTS dominants. | ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mm. | ° | ° | ° | ° | | | |
| 1 | 761,54 | +11,4 | +14,0 | + 9,2 | 93,0 | » | SO.-OSO. | Très-beau. |
| 2 | 760,06 | +10,3 | +14,3 | + 7,3 | 92,0 | » | SSO.-SO. | Beau ; menaçant vers cinq heures du soir. |
| 3 | 761,25 | + 8,7 | +13,0 | + 6,9 | 93,0 | » | SO.-SSO. | Un peu sombre, assez beau. |
| 4 | 749,06 | +12,0 | +17,6 | + 8,6 | 83,5 | » | S.-SSO. | Assez beau, vent désagréable ; sombre et pluvieux le soir. |
| 5 | 750,19 | + 9,7 | +12,3 | + 5,7 | 88,5 | 2,35 | SSO. | Variable, giboulées, vent frais. |
| 6 | 751,02 | + 7,7 | +10,0 | + 4,2 | 92,5 | 2,29 | SSO.-SO. | Nuageux, giboulées, coups de vent. |
| 7 | 754,05 | + 6,8 | +11,5 | + 3,7 | 84,5 | 1,02 | SSO.-NNO. | Nuageux. |
| 8 | 755,64 | + 5,3 | + 9,3 | + 2,9 | 94,5 | 1,15 | NNO.-ONO. | Nuageux, assez beau. |
| 9 | 761,55 | + 4,4 | +10,0 | + 1,7 | 92,5 | 0,07 | OSO.-NNO. | Beau ; nuageux après midi. |
| 10 | 768,35 | + 4,2 | +10,1 | + 1,4 | 93,0 | » | NO. | Très-beau. |
| 11 | 769,93 | + 5,2 | +11,8 | + 2,5 | 87,0 | » | SO.-NO. | Très-beau. |
| 12 | 773,43 | + 6,1 | +10,0 | + 1,5 | 95,0 | » | ENE. | Très-beau. |
| 13 | 770,33 | + 3,9 | +12,1 | + 0,7 | 91,5 | » | ONO.-OSO. | Beau ; sombre le soir. |
| 14 | 763,21 | + 8,6 | +12,3 | + 6,6 | 92,5 | 0,13 | OSO. | Sombre, vent et pluie légère. |
| 15 | 757,66 | + 7,5 | + 9,5 | + 6,9 | 95,5 | 4,71 | O. | Sombre, pluie. |
| 16 | 751,68 | + 8,4 | +13,9 | + 7,2 | 87,5 | 0,64 | OSO.-SO. | Nuageux, vent fort. |
| 17 | 744,41 | + 5,8 | +10,6 | + 3,2 | 86,0 | 3,56 | OSO.-SO. | Nuageux, variable. |
| 18 | 746,24 | + 4,2 | + 7,8 | + 1,3 | 86,5 | 0,64 | SO.-E. | Nuageux ; vent fort la nuit précédente. |
| 19 | 746,56 | + 2,6 | + 6,8 | + 0,8 | 92,5 | 6,36 | E.-OSO.-SSO. | Sombre, vent. |
| 20 | 747,30 | + 6,2 | + 6,3 | + 1,3 | 83,5 | 2,04 | SSO.-OSO. | Giboulées ; vent le matin. |
| 21 | 751,10 | + 4,1 | + 6,3 | + 0,1 | 88,5 | 3,05 | SSO. | Nuageux. |
| 22 | 742,42 | + 7,1 | + 9,8 | + 3,1 | 95,0 | 7,00 | SSO. | Sombre, pluvieux ; vent le matin. |
| 23 | 742,10 | + 6,8 | +11,0 | + 4,4 | 90,0 | 4,83 | SO. | Assez beau, vent. |
| 24 | 746,20 | + 7,4 | +11,2 | + 3,6 | 87,0 | 0,13 | SO.-O. | Giboul., averses de pluie et de grêle, tonnerre, vent frais. |
| 25 | 745,96 | + 5,9 | +10,8 | + 3,8 | 94,0 | 12,47 | SO. | Giboulées, coups de vent. |
| 26 | 746,85 | + 6,7 | + 9,9 | + 4,8 | 91,5 | 8,52 | SO.-OSO. | Averses fréquentes ; vent fort. |
| 27 | 753,95 | + 7,6 | +11,5 | + 4,2 | 90,0 | 3,18 | OSO. | Beau, quelq. coups de vent ; menaç. vers cinq h. du soir. |
| 28 | 788,71 | + 7,9 | +10,6 | + 3,1 | 87,5 | 0,64 | OSO.-N. | Constamment pluvieux. |
| 29 | 750,36 | + 5,9 | + 8,4 | + 2,5 | 90,5 | 10,56 | ONO. | Soleil et pluie, giboulées. |
| 30 | 762,92 | + 5,0 | + 9,4 | + 4,1 | 90,5 | 1,27 | OSO.-E. | Assez beau. |
| 31 | 752,25 | + 6,8 | +14,5 | + 0,9 | 81,5 | » | E.-OSO. | Beau. |

# REPRODUCTION ET REVUE

DES

# JOURNAUX ETRANGERS.

## II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. *Sur le transport des animaux destinés à la boucherie;* par M. GUÉRARD.

(Annales d'Hygiène publique, janvier 1846.)

Les animaux destinés à l'approvisionnement des grandes villes ont souvent à parcourir des distances fort considérables pour arriver à leur destination. Les circonstances dans lesquelles s'effectuent ces voyages sont quelquefois tellement défavorables, que la santé des animaux peut s'en trouver gravement compromise.

On a vu, sous l'influence des fatigues de la route, une phlegmasie aiguë s'emparer des pieds des bêtes bovines et ovines. Une fois la maladie parvenue à un certain degré d'intensité, la marche éveillait d'atroces douleurs; aussi les animaux se tenaient-ils couchés, et quand on les forçait à se relever, ils retombai[illegible] [illegible]s les genoux et cherchaient à se traîner : on était [illegible] [illegible]ent sur d'assommer et de dépecer sur place les plus [illegible] alors obligé pouvoir les conduire plus loin; les autre[illegible] malades, faute de charrettes, pour les mener à leur d[illegible] étaient entassés sur des combaient aux progrès du m[illegible] [illegible]estination. Chez ceux qui suctopsie, des tumeurs *cho*[illegible]*al*, on trouvait quelquefois, à l'aubre. D'autres fois, [illegible]*rbonneuses* en plus ou moins grand nomanimaux surm[illegible], l'affection charbonneuse s'est montré chez les [illegible]enés, seule et sans complication de maladies des pieds.

Les hygiénistes sont loin d'être d'accord sur les effets qui succèdent à l'usage alimentaire de la chair provenant d'animaux malades. Tandis que les uns la considèrent comme douée d'une innocuité absolue, les autres lui attribuent le développement des affections les plus graves. De part et d'autre, on allègue des faits à l'appui de son opinion. Ce n'est pas ici le lieu d'en discuter la valeur. Aussi nous bornerons-nous à faire observer que, pour ce

qui est des animaux charbonneux, tout le monde reconnaît que le contact de leur chair saignante suffit, avant la coction, pour communiquer la maladie. Or, ce sont surtout les affections de cette nature qui prennent naissance sous l'influence de la fatigue et des marches forcées, et particulièrement quand celles-ci s'exécutent pendant la saison chaude.

Il est donc de la plus haute importance, pour l'hygiène publique, d'épargner le plus de fatigues possible aux animaux dont nous parlons ici.

D'un autre côté, le transport des bestiaux en charrette, tel qu'on le pratique aujourd'hui, présente aussi des inconvénients qui, pour être moins graves que ceux dont nous venons de parler, n'en doivent pas moins être pris en sérieuse considération. La chair de veau, en particulier, est tellement réfractaire aux forces digestives d'un grand nombre de personnes, qu'il est permis de croire qu'une altération, même légère, dans la santé de l'animal, pourrait augmenter encore l'*indigestibilité* des aliments qu'on en retire.

Tels sont les motifs qui nous ont engagé à insérer dans notre recueil le rapport suivant de la Société instituée à Munich pour la répression des sévices contre les animaux : nous le reproduisons textuellement, sans autre changement que quelques détails de rédaction et la suppression de plusieurs noms propres qui n'ajoutent rien à l'autorité des faits consignés dans ce document officiel.

« Au moment où le rapport de la commission allait être publié, la Société reçut, par l'intermédiaire de l'autorité, des plaintes et une protestation signée d'un certain nombre de bouchers de la ville d'Inspruck, *contre la proposition de* la Société provoquant défense d'amener *liés* les veaux venant du Tyrol, du Voralberg et autres lieux, parce qu'ils trouvaient dans cette nouvelle loi une atteinte portée aux intérêts de leur profession.

« La commission se trouva donc forcée de faire opérer un transport de veaux sous les yeux mêmes des réclamants, afin de leur prouver que leurs plaintes étaient mal fondées. La Société ordonna un transport de veaux *laissés en liberté* de Buchloé à Munich, route suffisamment longue, et rendue très-difficile par les nombreuses montées que les voitures ont à traverser. On ne s'arrêta point à cette première épreuve.

« Pour établir combien la protestation des bouchers d'Inspruck était peu fondée, et afin de procéder avec toute la circonspection désirable dans une affaire qui intéresse à un si haut degré l'hygiène publique, un autre transport de veaux fut entrepris.

« Pour que l'expérience fût décisive, la commission désignée par la Société s'adjoignit cinq experts, deux médecins vétérinaires principaux, attachés l'un à la magistrature, l'autre à la police de la ville de Munich, deux bouchers et un traiteur.

« Cette épreuve ajoutée à la précédente, il importait à la Société de prouver d'une manière irrécusable combien les procédés employés vis à vis de ces animaux étaient entachés d'une cruauté que ne justifiait aucune nécessité, et tournaient au détriment de la société elle-même. En effet, des milliers d'hommes de toutes conditions et de toutes classes, sains et malades, et particulièrement les habitants des villes, sont exposés à consommer de la viande indigeste, malsaine, et sujette à une rapide putréfaction, parce que les animaux dont elle provient arrivent aux abattoirs échauffés, harassés, dans un état de torture et de fièvre, plutôt enfin morts que vivants.

« Ces considérations graves permettent-elles encore, de nos jours, de ménager les intérêts de quelques marchands de bestiaux, qui, obéissant à l'appât du gain, ne croient pas pouvoir entasser trop d'animaux sur leurs voitures, ainsi que ceux de quelques bouchers qui, toutes les fois qu'un transport de veaux arrive en ville, s'arrachent de préférence les animaux étouffés ou morts en route, pour les obtenir à bas prix.

« En terminant, la commission ajoute à son travail, et porte ainsi à la connaissance du public, un des rapports adressés à la Société par plusieurs autorités médicales, qui appellent l'attention des membres de l'association sur cette question :

« *Combien sont dangereuses pour la santé publique les viandes provenant de l'usage de lier les veaux et de les tuer dans un état de maladie?* »

« La commission espère qu'une question aussi grave, et qui intéresse l'humanité entière, sera comprise et appréciée à sa juste valeur par le public, et que la conviction une fois acquise aux citoyens ainsi qu'au gouvernement, on ne pourra plus méconnaître la haute portée de l'intervention de la Société pour protéger les animaux domestiques contre les mauvais traitements dont ils sont trop souvent l'objet. De semblables principes une fois établis, l'Europe entière finira par rendre justice aux vues de l'association, et s'empressera de s'y associer.

« Première expérience, *faite le* 31 *janvier dernier, sur le trajet de Munich et Fürstenfeldbruck (distance,* 3 *milles* 1/4 *allemands).*

« La Société avait nommé, pour suivre cette expérience, une

commission de six membres, deux vétérinaires, trois bouchers et un restaurateur, présidée par M. le docteur Perner, conseiller de la cour. On s'était assuré préalablement que le sieur Balthasar Kuisl, boucher de Besenacker, devait arriver avec un transport de veaux qu'il allait chercher à une distance de huit milles, de Munich à Fürstenfeldbruck, où ladite commission s'était réunie.

« Voici le rapport signé par les membres composant la commission.

« I. B. Kuisl est arrivé ce 31 janvier, à onze heures du matin, à Fürstenfeldbruck, avec un transport de dix-huit veaux. Sa voiture avait une largeur telle, que les veaux pouvaient se tenir debout et se coucher tout à leur aise. Les deux côtés de la voiture étaient fermés de planches, ainsi que la partie supérieure; le devant et le derrière se trouvaient clos au moyen de lattes entrecroisées, en sorte que l'air traversait librement le chariot. Des deux côtés, les planches formant coulisses pour disposer les animaux dans l'intérieur de la voiture, étaient fixées au moyen de tringles ou de crochets. En outre, un espace assez large était ménagé entre ces planches, afin de permettre de donner facilement à manger aux veaux et de les abreuver par l'ouverture pratiquée de chaque côté à leur hauteur.

« Les membres de la commission se portèrent, un certain espace de chemin, au-devant de la voiture, et ils purent ainsi examiner suffisamment comment les veaux s'arrangeaient entre eux, et comment ils se trouvaient de la route. En arrivant à la porte de Fürstenfeldbruck, les veaux étaient tous dispos, bien portants et gais. La majeure partie reposait paisiblement sur la paille. Ceux qui étaient restés debout pendant la route avaient éprouvé un ballottement peu sensible; leur corps ne faisait que suivre pour ainsi dire le mouvement imprimé par le roulement de la voiture, et l'on put observer, pendant la route, que ces animaux étaient encore plus solides dans cette position que n'y serait un homme placé debout. On a pu encore se convaincre que les veaux se couchaient et se relevaient sans la moindre difficulté et sans efforts pendant que la voiture était en marche.

« Le transport arrivé à la station de Fürstenfeldbruck, la commission a procédé à l'examen attentif des veaux. Il n'y avait ni plaies ni lésions, encore moins de membres brisés, ainsi que l'avaient redouté les bouchers d'Inspruck, circonstance sur laquelle ils avaient principalement basé leurs plaintes et leur opposition contre les propositions de la Société. La commission ajoute que pas un son plaintif ne partit de la voiture pendant la route; seulement quelques animaux commencèrent à mugir une

demi-heure après le départ, ce qui fut considéré comme un signe de soif. On leur fit donner de l'eau blanche, dont ils se rafraîchirent ; après quoi tous s'étendirent et ne tardèrent pas à dormir dans la voiture, comme s'ils n'avaient point quitté l'étable.

« Pendant le trajet de Fürstenfeldbruck à Munich, on n'entendit que quelques rares mugissements, et les veaux restèrent pour la plupart couchés. Le transport, suivi par la commission, arriva vers une heure à Munich.

« II. Les commissaires suivirent ensuite le transport de Furstenfeldbruck à Munich, distance de 3 milles 1/4, et l'observèrent attentivement pendant tout le trajet. Arrivé à sa destination, le résultat s'est trouvé exactement le même que celui qui vient d'être constaté plus haut.

« On n'a pu découvrir le moindre vestige de lésion ou le plus léger signe de douleur, malgré les difficultés qu'offraient les pentes de la route qui sépare les deux villes. Voici les montées et les descentes assez raides, de nature à provoquer des cahots ou des chutes :

« En partant de Furstenfeldbruck :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1re mont. | Parcours, env. | 800 pas. | Élévation du sol, | = 35 degr. |
| 2e *id.* | — | 500 | — | = 36 |
| 3e descente. | — | 100 | — | = 20 |
| 4e montée. | — | 700 | — | = 20 |
| 5e descente. | — | 700 | — | = 36 |

« A cette dernière descente aux portes de Munich, on enraya les roues de derrière, et vers la fin nous avons laissé descendre la voiture au trot. Tous les animaux, excepté deux, étaient couchés : pas un seul n'a été jeté sur son voisin, pas un seul n'a été blessé, aucun mugissement ne s'est fait entendre.

« Après cette épreuve décisive, les cinq experts demeurèrent d'accord pour reconnaître qu'il n'y avait aucun motif légitime, tant de la part des bouchers que de celle des marchands de bestiaux et des agriculteurs éleveurs, pour persister à suivre l'ancien mode de transport des animaux destinés à la boucherie.

« De ces épreuves, faites sur une route aussi difficile, choisie avec intention, on peut tirer les conclusions générales que voici :

« Une route d'une pente plus raide que celles que nous venons de citer, ne peut occasionner aucun changement notable sur les résultats avantageux de cette manière de transporter les animaux vivants.

« Des routes semblables ne se rencontrent que par exception, depuis que l'adoption de la loi sur l'établissement des routes et

chemins y a porté remède. Si l'on voulait supposer des pentes plus rapides, on arriverait presque à l'impossibilité de circulation pour les voitures chargées. Des pentes qui excèdent 38 à 40 degrés ne se rencontrent pas même dans le pays de montagnes; et par exemple, dans le Tyrol, la plupart des routes sont excellentes, et partout des pentes douces ont été ménagées.

« Les rares exceptions qui existent encore aujourd'hui en fait de pentes et de contrepentes, ne peuvent justifier la conservation des abus en question dans tout un pays. Dans des cas pareils même, le danger que l'on suppose exister en ne *liant pas* les veaux est toujours exagéré, et l'on pourrait au reste y obvier facilement en interposant une planche entre chaque animal, de manière à lui former dans la voiture un compartiment à part. Enfin, ce ne sont certainement pas les frais nécessités par un arrangement de ce genre qui pourraient s'opposer à l'adoption de notre proposition. Cette précaution, peu dispendieuse en elle-même, ne peut être mise en balance avec les tortures qu'ont à souffrir les veaux liés et entassés, surtout au moment où la voiture monte ou descend une pente rapide.

« **III.** Parmi les inconvénients que l'on a supposé devoir résulter de l'état de liberté des veaux, on a signalé la tendance des jeunes animaux à se sucer mutuellement pendant la route; on en a conclu que ces animaux pourraient s'attaquer, tomber les uns sur les autres, se mordre d'une manière plus ou moins grave. Ces dernières craintes sont chimériques, et si les veaux, comme tous les jeunes animaux, obéissant à leur instinct, lèchent tout ce qui est à leur portée, rien ne prouve qu'il en résulte aucun inconvénient pour leur santé.

« Cependant, pour ne laisser sans réponse aucun des points avancés par les personnes opposées au nouveau mode de transport, la commission fait observer que les dents de la mâchoire supérieure manquant à l'espèce de ruminants dont il est ici question, leurs morsures ne présentent aucun danger. De plus, il résulte des expériences relatées ci-dessus, que les veaux transportés en état de liberté sont arrivés dispos et bien portants, et ont fourni une viande blanche, succulente, offrant de la consistance et un aspect appétissant, tandis qu'au contraire celle provenant de veaux qui avaient été liés, s'est presque constamment trouvée blafarde, flasque, et facilement putrescible. Ajoutez à cela que presque aucun des veaux liés n'arrive, surtout ceux qui ont fait, ainsi garrottés, un trajet de plusieurs lieues, sans être dans un état de fièvre plus ou moins prononcée.

« Enfin, un même morceau de viande d'un veau sain pèse plus

que celui d'un veau qui a été malade, ce qui est généralement une conséquence des tortures éprouvées pendant la route.

« En ce qui concerne les frais d'un pareil changement et l'agencement des voitures, la commission est convaincue que, du moment où le nouveau mode sera une fois adopté et généralement mis en pratique, les inconvénients imaginaires, et surtout les craintes de dépenses onéreuses, disparaîtront d'eux-mêmes, et qu'on y reconnaîtra d'incontestables avantages pour les vendeurs; car, en amenant des veaux bien portants, frais, et en condition parfaite, ils en obtiendront toujours le prix déterminé par le cours, et ne se verront pas dans la nécessité d'accepter des réductions sur ce prix.

« Un boucher de Gellendorf a communiqué à la commission quelques détails sur une voiture destinée au transport des veaux en liberté. Cette voiture sera établie de manière que les veaux s'y trouvent disposés en deux étages et que la place nécessaire leur soit ménagée pour qu'ils puissent se tenir commodément, aussi bien debout que couchés. Chaque compartiment sera entouré de lattes. On comprend qu'il serait facile d'arranger toute autre voiture d'une manière analogue et à peu de frais.

« En terminant, la commission rappela l'attention générale sur une autre torture absolument inutile, en usage chez les marchands de veaux, et qui consiste à leur faire avaler de l'eau salée pendant qu'ils sont en route, coutume qui a pour effet d'augmenter encore la soif des animaux garrottés sur la charrette. Cet usage n'est que l'effet de la cupidité; car en gorgeant ainsi les animaux d'une certaine quantité d'eau, on en augmente proportionnellement le poids. On ne doit donner aux veaux pendant la route que du lait, ou au moins de l'eau blanche. »

« *Déclaration de plusieurs médecins bavarois sur le même sujet, adressée à la Société.*

« Les soussignés croient de leur devoir d'informer tout particulièrement la Société centrale, instituée *pour la répression des sévices exercés contre les animaux*, qu'il est surtout de la plus haute importance de veiller à ce que les veaux destinés à la boucherie arrivent dans l'état de santé le plus parfait possible, parce que non-seulement les personnes bien portantes, mais celles de constitution faible, les malades, les convalescents, prennent par ordonnance de leur médecin, et de préférence, comme aliment de digestion facile, servant de transition à la nourriture ordinaire, de la viande de veau, et surtout des *pieds* et de la *cervelle*.

« Qu'étant de notoriété que la diététique joue un rôle tout aussi important dans la médecine que le choix des médicaments ; que souvent la première est appelée à remplacer ces derniers, il est de nécessité rigoureuse d'introduire la surveillance la plus sévère dans la police sanitaire, concernant les bouchers et la vente de leur viande dans le pays.

« Pour ne pas abuser de moments précieux, nous rappellerons seulement les fâcheux effets produits sur des malades par l'usage de pieds de veaux ecchymosés ou à l'état de sugillation, résultant de la ligature des pieds, usage qui a totalement faussé l'intention du médecin, en changeant la nature de la viande ; car le malade, au lieu d'avoir reçu, conformément à l'ordonnance, une nourriture douce, gélatineuse, a pris, au contraire, une substance composée de sang coagulé et en décomposition. Il en est de même de la cervelle de veau, qui devient funeste aux convalescents lorsqu'elle provient d'animaux liés et entassés de telle sorte qu'étant généralement forcés de laisser pendre leur tête, les veines qui correspondent avec le cerveau s'engorgent et finissent par le surcharger. Comme le sang éprouve des obstacles qui s'opposent à sa libre circulation, le cerveau une fois engorgé, les vaisseaux viennent à se rompre ; d'où résultent des infiltrations de sang qui le rendent *funeste pour l'alimentation de l'homme.*

« C'est encore dans les viandes malsaines qu'il faut aller chercher, la plupart du temps, les causes, souvent inexplicables, de rechutes chez les malades ou les convalescents que le médecin pouvait espérer d'avoir délivrés de leurs maux. Combien de meurtres involontaires les bouchers n'ont-ils pas ainsi à se reprocher ! Sans oublier les charcutiers et autres marchands de comestibles auxquels revient aussi leur part de blâme dans cette occasion !

« Nous pourrions ajouter à ces réflexions des faits assez nombreux, et les appuyer même de preuves anatomiques et pathologiques ; mais nous nous bornons à cette simple indication, qui suffira, nous l'espérons, pour éclairer le gouvernement et la nation. Elle doit servir, messieurs, à ranimer votre zèle dans une entreprise aussi éminemment utile que la vôtre, et qui vous méritera bientôt, nous ne saurions en douter, la reconnaissance de l'humanité civilisée ! » (*Suivent les signatures.*)

Les assertions contenues dans la déclaration qui précède, en les admettant comme véritables et non exagérées, quand on les applique à plusieurs contrées de l'Allemagne, ne sont plus aussi fondées lorsqu'il s'agit de la France, et en particulier de Paris.

Il paraît, en effet, que l'on a remarqué une importante amélioration dans la qualité de la viande de veau depuis l'introduction du nouveau mode de transport en Bavière, en Prusse, en Autriche, etc. Chez nous, au contraire, le veau est généralement bon, et celui que l'on consomme à Paris passe pour être de qualité supérieure.

Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, et plus d'une fois j'ai eu occasion de voir de la viande de veau, dont l'aspect trahissait l'état de maladie de l'animal qui l'avait fournie. Celle que l'on vend dans les étaux des marchés est le plus souvent inférieure à celle qui se débite chez les bouchers de la ville.

Le nombre des veaux vendus annuellement pour la consommation du département de la Seine, monte à 116,000. Paris à lui seul en prend 78,500, et la banlieu 37,500.

Ces animaux, pour se rendre aux marchés de Paris, de Poissy et de Sceaux, ont à parcourir des distances variables, mais qui peuvent aller à 200 kilomètres et au delà. Au sortir de l'étable de l'éleveur, ils sont liés par les quatre membres, et attachés sur un cheval, ou entassés dans des charrettes, où on les traite comme une marchandise inerte. Ils ont à souffrir la faim, la soif, et beaucoup d'autres tourments, pendant 24 et même 36 heures. Aussi arrivent-ils, les uns dans un état apoplectique, les autres affaissés, épuisés par la diarrhée et la fièvre. Les pieds sont ordinairement gonflés au-dessous du lien, et l'on prétend même avoir observé des cas de gangrène dans ces parties pendant les chaleurs.

Inspecteurs des marchés, bouchers, vendeurs, tout le monde s'accorde à blâmer ce mode de transport.

Quelles peuvent en être les conséquences sur les qualités hygiéniques de la viande?

Nous avons déjà fait observer, au commencement de cet article, que le veau, même d'excellente qualité, est indigeste pour beaucoup de personnes. N'est-il pas rationnel de penser que sous les influences qui viennent d'être énumérées, cette résistance à l'action des forces digestives acquerra un surcroît d'intensité.

L'état de dépérissement et de maladie des veaux est ici d'autant moins contestable, que l'expérience a montré qu'il y avait bénéfice, malgré l'augmentation des frais, à transporter en voiture une autre classe d'animaux dont la constitution plus robuste exige infiniment moins de ménagements. Nous voulons parler des porcs, qui prennent de la sorte une plus-value, dépendant à la fois de la conservation de la graisse et de la plus belle apparence de la chair.

Remarquons, enfin, que pour les bestiaux dont la viande est plus faite, à savoir les moutons, les bœufs, la fatigue de la route, en supposant qu'ils ne soient pas surmenés, les rend plus tendres et plus savoureux; ce qui revient à dire qu'elle tend à en dissocier les éléments solides et à en faciliter l'imbibition par les humeurs.

Or, cet effet, qui, renfermé dans de certaines limites, peut être avantageux pour les bêtes ovines et bovines, doit toujours avoir des conséquences fâcheuses pour la chair de veau, à laquelle on reproche avec raison de n'être pas toujours assez formée et d'être dépourvue de principes stimulants qui en rendraient la digestion plus facile.

---

## 2. *Note sur un nouveau système de vidange des fosses d'aisances;* par M. Guérard.

(Annales d'Hygiène publique, janvier 1846.)

La vidange des fosses d'aisances est pour toutes les grandes villes, et pour Paris en particulier, un des problèmes d'hygiène publique dont la solution présente à la fois la plus haute importance et les plus grandes difficultés.

Paris renferme environ 30,000 de ces foyers d'infection, et, chaque nuit, on en ouvre près d'une centaine pour en opérer la vidange. Durant cette opération, l'air est infecté au loin par l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque qui servent en outre de véhicule à des miasmes putrides, et les font pénétrer dans les parties les plus reculées de nos demeures. Les appareils destinés au transport des matières extraites laissent échapper, durant tout leur trajet, des émanations de même nature.

Nous avons déjà signalé les dangers auxquels sont exposés, par le fait de cette dégoûtante mais nécessaire opération, non-seulement les ouvriers qui l'accomplissent, mais encore les citoyens dans le voisinage desquels on l'exécute. Nous avons aussi fait connaître les améliorations apportées récemment dans la construction des fosses d'aisances, et les tentatives, déjà suivies d'heureux résultats, entreprises dans le but de désinfecter, même sur place, les matières solides et les eaux vannes, sans cependant altérer les propriétés qui les rendent précieuses à l'agriculture.

Mais si le système des fosses mobiles et le système Huguin offrent les avantages incontestables d'un mode de vidange exempt des inconvénients inhérents à celui des fosses ordinaires, ces sys-

tèmes ne sont pas applicables à ces dernières, dont ils tendent au contraire à amener la complète suppression.

Quant aux moyens de désinfection, malgré l'extension qu'ils ont prise entre les mains de MM. Krafft et compagnie, ces fabricants, dans leur usine de Colombes, n'utilisent guère qu'un dixième de la totalité des matières provenant des vidanges.

Le nouveau procédé, proposé par la compagnie Domange, pour l'extraction de ces matières, paraît satisfaire à toutes les conditions : il est indépendant de la construction des fosses, de la consistance et de la nature des produits à extraire.

Ce procédé, que les inventeurs désignent sous le nom de *vidange atmosphérique*, consiste à mettre la fosse qu'il s'agit de vider en communication avec des récipients hermétiquement fermés, et dont l'air a été préalablement extrait au moyen de puissantes pompes pneumatiques fonctionnant dans les ateliers de l'établissement.

L'appareil ou récipient se compose d'un cylindre ou tonne en forte tôle de fer, ayant à peu près la forme d'une chaudière de machine à vapeur. Cette tonne, de 2,000 litres de capacité, est portée sur un train ordinaire de voiture, à l'aide de ressorts propres à amortir les secousses. Elle présente supérieurement trois ouvertures. La première est fermée par une petite cloche en verre dans laquelle paraît un flotteur en liége aussitôt que la tonne est remplie. La seconde, que l'on tient habituellement close au moyen d'un robinet et d'un bouchon s'adaptant à vis, sert à mettre le cylindre en rapport avec un manomètre, afin d'apprécier l'état du vide intérieur. La troisième reçoit un tube qui fait communiquer l'appareil avec une pompe à air : celle-ci est destinée à enlever l'air contenu dans les tuyaux qui établissent la communication entre la fosse et le cylindre, ainsi que les gaz méphitiques dégagés dans ce dernier pendant le cours de l'opération. A la partie inférieure de la tonne est adapté un tuyau coudé servant à la fois à l'emplir et à la vider. Ce tuyau peut être fermé par une bonde munie d'une tige et montée sur une pièce de raccord, de manière à pouvoir être manœuvrée librement, sans rien déranger au reste de l'appareil. C'est avec cette pièce de raccord que s'abouche le tuyau portatif qui doit servir d'intermédiaire entre celui de la fosse et la voiture. Le tuyau plongeant dans la fosse est en plomb; il a $0^m,10$ de diamètre intérieur, et se termine, à son extrémité libre, par une sorte de passoire en fonte de fer, à larges lumières, qui préviennent l'arrivée, dans le tuyau d'aspiration, des corps capables de l'obstruer

en totalité ou en partie. Toutes les pièces fixées sur la tonne, ainsi que les raccords, sont en bronze.

Il convient que le tuyau d'aspiration soit fixé à demeure dans la fosse, et fermé, d'ailleurs, par un obturateur ou couvercle mobile. Alors il n'est pas nécessaire, pour opérer la vidange, de lever la pierre de fermeture. Quand cette disposition n'existe pas, on est obligé d'avoir recours à un tuyau portatif. Dans tous les cas, ce tuyau doit toujours toucher le sol de la fosse, pour que le bout libre soit immergé jusqu'à la fin du travail.

L'opération est extrêmement simple : on fait arriver la voiture le plus près possible du tuyau d'aspiration ; on établit une communication entre eux à l'aide du tuyau de raccord, et l'on ouvre la bonde de la tonne. A l'instant, la pression atmosphérique, agissant sur toute la surface des eaux vannes, force la matière à monter dans les tuyaux et à se rendre dans le cylindre. En même temps on fait jouer la pompe, dans le but, comme nous l'avons déjà dit, d'extraire l'air provenant des différents tuyaux, ainsi que les gaz qui se dégagent de la matière au fur et à mesure qu'elle afflue dans le récipient. Cet air et ces gaz doivent, avant d'être versés dans l'atmosphère, traverser un petit fourneau allumé où se brûlent les miasmes organiques, et où l'acide sulfhydrique libre ou combiné se change en acide sulfureux.

On est averti, par le mouvement du flotteur, du moment précis où le cylindre se trouve rempli. On ferme alors la bonde, et l'on dégage la voiture. L'air extérieur, en rentrant avec force dans les tuyaux de raccord et d'aspiration, en refoule complétement toute matière, et ils se trouvent aussi bien nettoyés que si l'on eût promené un tampon.

Le temps moyen nécessaire à l'emplissage d'une tonne ne dépasse pas *trois minutes*.

J'ai assisté à une expérience pratiquée sur la fosse de la maison de santé du faubourg Saint-Denis. Cette expérience eut lieu à midi, par un temps très-clair et en présence d'un grand nombre de témoins. Il ne fallut qu'*une heure* pour faire arriver *dix voitures*, les remplir et les faire sortir de l'établissement. Ainsi, on enleva dans ce court intervalle de temps 20 mètres cubes ou 200 hectolitres de matières en plein jour, sans donner lieu au dégagement d'aucune mauvaise odeur (1).

(1) Pour être vrai, il faut dire qu'au commencement de l'opération on faisait passer les gaz extraits par la pompe à travers de la *glu marine*, dans le but de les désinfecter en les détruisant : on reconnut de suite que ce but n'était pas atteint. Je fis alors allumer un fourneau, disposé comme il a été dit plus haut, et toute mauvaise odeur disparut.

Nous pûmes nous assurer, en faisant appliquer sur plusieurs tonnes le tube manométrique, qu'elles gardaient parfaitement le vide. Il avait été fait la veille, nous dit-on, et porté à $0^m,70$ : nous retrouvâmes plusieurs fois ce même chiffre. Sur quelques-unes, on n'arriva qu'à $0^m,69$.

Les réglements de la salubrité exigent que les fosses soient parfaitement *étanches*. La proportion des eaux vannes est au moins quintuple de celle des matières solides ; et comme la densité des unes et des autres est à peu de chose près la même, le dépôt des dernières s'effectue fort lentement. Elles sont même assez délayées pour que le fond de la fosse soit plutôt boueux que compacte. On n'a donc pas à craindre que la force d'aspiration des récipients soit contrebalancée par la consistance des matières à extraire.

Cependant la chose ne serait pas impossible. Il suffirait que la fosse fût mal établie et qu'elle perdît ses eaux. Cet accident s'est reproduit plusieurs fois, surtout dans les maisons d'une construction fort ancienne.

On voit, d'après cela, que du bon état des fosses dépendent la promptitude et la régularité de l'opération de la *vidange atmosphérique*.

Cette circonstance peut avoir sur l'avenir du nouveau procédé des conséquences que nous devons indiquer.

Les réglements exigent que toute fosse récemment vidée ne soit fermée qu'après avoir reçu la visite des agents de la salubrité, qui en constatent le bon état : or, cette obligation, fort utile en elle-même, n'en ajoute pas moins aux inconvénients de la vidange ; car une fosse, si bien curée soit-elle, continue de produire des émanations fétides pendant tout le temps qu'elle reste *ouverte*, c'est-à-dire que la pierre de clôture est maintenue descellée.

La marche régulière de la *vidange atmosphérique* est une garantie qui nous semble plus puissante que la visite dont nous venons de parler ; et si elle ne la rend pas superflue, elle permet au moins de la restreindre aux cas où les appareils ne fonctionneraient pas avec la précision et la célérité qu'on est en droit d'en exiger. Ajoutez à cela que les propriétaires du nouveau système sont les premiers intéressés à la solide construction et au bon entretien des fosses.

Ainsi, le procédé que nous venons d'examiner permet d'opérer sans ouvrir la fosse (1), avec une rapidité inouïe et sans donner lieu à un dégagement notable d'émanations.

(1) En supposant le tuyau d'aspiration établi à demeure.

Mais après que les récipients auront servi pendant un certain temps, l'opération marchera-t-elle avec la même promptitude, et la pratique habituelle ne fera-t-elle pas ressortir des inconvénients que des essais encore peu multipliés et fort satisfaisants, d'ailleurs, n'ont pas laissé apercevoir ? Ce sont là autant de problèmes qui, en dehors de la question économique dont nous n'avons pas à nous occuper ici, ne peuvent être résolus que par un usage suffisamment prolongé.

---

### 3. HYGIÈNE PUBLIQUE. (*Revue.*)

(Gazette médicale de Paris, N° 15, 1846.)

*Introduction d'une nouvelle substance alimentaire (l'arracacha) en Europe.*

M. Goudat propose d'introduire en Europe la culture de l'*arracacha*, plante de la famille des ombellifères, qui est très-répandue dans les Andes, où elle forme les plus belles plantations. Cette plante a la plus grande ressemblance avec l'ache ; elle est plantée par *bouture en talon* : on coupe le collet de la racine de manière que la partie charnue, qui est détachée, devienne la base d'une touffe de pétioles. On divise cette base circulaire en plusieurs segments. Ces boutures sont placées à une très-petite profondeur, dans un sol humide. Les plants sont espacés à environ 6 décimètres. Dans les circonstances favorables, les bourgeons pétiolaires se développent en peu de jours ; leur croissance est rapide, et, en quelques semaines, la terre est complétement couverte. La récolte a lieu avant la floraison. On reconnaît le terme de la maturité au volume des touffes et à une légère chlorose des feuilles extérieures. A ce moment, la racine, qui est l'objet spécial de la culture, se présente sous la forme d'une masse charnue assez irrégulière ; de la partie inférieure sortent plusieurs ramifications fusiformes, garnies de fibrilles, et qui sont, comme aliment, les parties les plus délicates de l'arracacha. Venue dans un bon terrain, une racine pèse de 2 à 3 kilogrammes. A Ibagné, M. Goudat a vu la récolte s'élever à 41,000 kilogrammes par hectare. D'après une analyse de M. Boussingault, cette racine contient, pour les mêmes proportions d'albumine et d'amidon, une plus forte dose d'humidité que la pomme de terre ; elle offre tous les avantages de cette dernière, et se développe dans les mêmes circonstances de sol et de climat.

Pour propager l'arracacha en Europe, on pourrait sans doute suivre le procédé en usage pour les betteraves et les carottes qui

doivent porter des graines, c'est-à-dire que l'on ferait hiverner en cave ou en silos un certain nombre de racines d'où l'on détacherait, au moment de la plantation, des segments de collets garnis de bourgeons pétiolaires. En outre, on faciliterait beaucoup l'introduction de cette plante dans nos cultures, en l'acclimatant d'abord dans une station intermédiaire entre son pays natal et le nôtre.

*Analyse de l'air de quelques mines.*

M. Leblanc, pendant son séjour à Poullaouen, a effectué quelques analyses d'air, tant dans la mine de Poullaouen que dans celle d'Huelgoat. Ces recherches étaient motivées par quelques circonstances qui pouvaient d'avance faire prévoir une altération dans l'air de ces mines.

L'air de la mine de Poullaouen n'offrit d'autre altération qu'une diminution de 4 à 5 pour 100 dans la proportion d'oxygène ; il offrait une proportion de 3 à 4 pour 100 d'acide carbonique. Dans ces conditions, la lampe du mineur s'éteint ; l'ouvrier travaille alors souvent dans l'obscurité. La respiration des hommes est un peu gênée ; cependant le travail est encore possible, tant que l'altération ne dépasse pas cette limite, et lorsque la température est peu élevée.

L'analyse de l'air de la mine d'Huelgoat, recueilli dans une entaille ascendante partant de la galerie d'écoulement où l'air est normal, présente beaucoup d'intérêt : on y voit la proportion d'oxygène s'abaisser jusqu'à 10 pour 100, sans que cet abaissement puisse trouver son explication dans une quantité correspondante d'acide carbonique formé. Une semblable atmosphère est non-seulement impropre à entretenir la combustion, car les lampes s'y éteignent subitement, mais les hommes ne sauraient y pénétrer sans être exposés à une asphyxie presque immédiate. M. Leblanc attribue à l'influence des pyrites très-abondantes dans le filon d'Huelgoat, cette altération profonde dans la composition de l'air. Une absorption continue d'oxygène s'établit sur plusieurs points, et si l'air n'est pas agité par des courants, la différence très-faible dans la densité des deux atmosphères contiguës maintient une démarcation assez tranchée dans la composition des deux masses d'air voisines.

*Inconvénient de l'usage des vases de zinc destinés à contenir de l'huile.*

M. Chevallier ayant appris qu'un fabricant de Paris confectionnait, pour les villes du midi de la France, un grand nombre

de vases en zinc destinés à contenir de l'huile, s'est empressé d'appeler l'attention de ses collègues sur ce fait, en les engageant à user de leur influence scientifique pour faire proscrire l'usage de ces vases, par la raison que l'huile attaque le zinc, et que l'huile *zincée* qui en résulte peut donner lieu à des accidents d'empoisonnement, ainsi que l'a constaté M. Audouard fils, de Béziers, dans un travail spécial sur ce sujet.

---

## 4. TOXICOLOGIE. (*Revue.*)

(Gazette médicale de Paris, N° 15, 1846.)

### *Empoisonnement par le thon.*

Le docteur Galiay, de Tarbes, a publié, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, quelques faits qui tendraient à prouver que le thon peut avoir des propriétés vénéneuses, soit qu'il les doive à ce qu'il se nourrit de mollusques malfaisants, comme le prétend Lacépède, soit que cette qualité toxique soit inhérente à son organisation.

Plusieurs ménages d'une même famille, dit l'auteur, s'étaient réunis à l'occasion d'un mariage célébré depuis peu ; ils étaient huit à table, tous en parfaite santé. Le thon qu'ils mangèrent parut à plusieurs d'entre eux avoir quelque chose d'insolite au goût ; ils en éprouvèrent tous les mêmes accidents, quoique à des degrés divers, à l'exception de deux personnes qui avaient pris du café aussitôt après le repas.

Le premier de tous les symptômes, celui qui ne manqua jamais, fut une irritation instantanée de la bouche, accompagnée de petites phlyctènes chez les uns, du gonflement des gencives et des lèvres chez d'autres, et souvent d'une rougeur très-foncée de ces parties, et quelquefois aussi de la langue. Les phlyctènes étaient passagères. Venait ensuite la rougeur de toute la figure, des yeux et des oreilles, rougeur allant quelquefois jusqu'à la teinte de pourpre. Presque aussitôt venait une céphalalgie toujours forte, occasionnant parfois des vertiges, des tintements d'oreille. Cette céphalalgie, qui était ordinairement très-longue, avait cependant des alternatives de décroissance et de recrudescence. Il apparaissait ensuite des éruptions urticaires, se montrant d'abord au cou et sur la poitrine, plus tard sur les diverses parties du corps, et excitant une inquiétante démangeaison.

Tous ces malades se disaient parfaitement exempts d'indigestion.

Un chien et un chat qui avaient mangé de ce thon en furent

gravement incommodés : ils eurent des vomissements et de nombreuses évacuations alvines.

Avant l'arrivée du médecin, ces malades avaient fait usage de plusieurs boissons de fantaisie ; mais aucune ne s'était montrée aussi favorable que l'eau fraîche ou sucrée. Ils s'étaient très-bien trouvés de la respiration d'un air frais et libre, surtout de l'application de l'eau froide sur la figure et dans la bouche. Deux malades, seulement les plus indisposés, consentirent à prendre un vomitif et s'en trouvèrent bien. L'eau vinaigrée à petites doses produisit un très-bon effet. On l'a aussi recommandée dans l'empoisonnement par les moules. Une seule personne consentit à prendre un lavement froid à l'oxycrat : elle n'eut qu'à s'en louer.

Dans la même soirée, chez le docteur D..., sur cinq personnes qui mangèrent du thon, trois furent incommodées, dont l'une gravement. Les deux personnes épargnées avaient pris du café. Les symptômes furent les mêmes que ceux précédemment indiqués. Un chat, d'une espèce assez forte, ayant mangé des restes de ce poisson, en fut très-malade.

Les mêmes accidents eurent lieu dans un pensionnat de petits garçons.

Ce ne furent pas là les seuls accidents. Peu de personnes, parmi celles qui firent usage de cet envoi de thon, échappèrent à son influence toxique. Le même jour, des accidents de même nature furent observés à Bayonne. Il n'y a pas jusqu'au thon le plus frais qui n'ait causé des accidents.

L'auteur a remarqué que le café, pris le lendemain de ces accidents, a beaucoup contribué au rétablissement de la santé.

### *Empoisonnement par des harengs gâtés.*

Nous empruntons au *Journal de Chimie médicale et de Pharmacie* l'observation suivante recueillie par le docteur Fayer (de Prague).

Obs. — Une femme âgée de 30 ans, bien portante, mangea quelques morceaux de hareng qui, bien que lavés et nettoyés avec un grand soin, exhalaient cependant une odeur nauséeuse, et avaient une saveur extrêmement désagréable : bientôt après ce repas se développèrent des symptômes d'intoxication, dont on put distinguer deux séries successives.

La première série de ces accidents commença par une pression dans l'estomac, une soif très-vive, un sentiment de froid et d'abattement ; dans la soirée, il vint encore s'y joindre de forts vertiges, de sorte qu'au moindre mouvement la malade se trouvait attirée vers le sol. Le sentiment d'abattement se transforma peu

à peu en une sensation d'anéantissement et de mort imminente ; bientôt ensuite il y eut perte de connaissance ; la face, pâle et grippée, se couvrit d'une sueur froide ; les pupilles se dilatèrent, et le pouls devint insensible. Tandis qu'on transportait la malade à l'air libre, elle vomit une grande quantité de liquide presque incolore, mêlé de mucosités et de chyme ; après quoi la syncope cessa.

Ce fut alors que se développa la seconde série des accidents d'empoisonnement : des douleurs violentes, de véritables tranchées se firent sentir dans l'abdomen, en revenant par accès avec tant d'intensité que la malade criait que son ventre allait se déchirer. L'abdomen était excessivement sensible à la pression ; les accès de douleur n'étaient séparés les uns des autres que par l'espace de quelques secondes au plus. Les muscles de la face se contractèrent ; les lèvres et les dents furent comprimées spasmodiquement ; les nausées persistèrent, mais sans être suivies de vomissements ; le pouls était faible, presque filiforme (cent pulsations par minute) ; tout le corps était baigné d'une sueur froide.

La malade refusa opiniâtrément toute espèce de boisson, même l'eau pure.

Au bout d'une demi-heure environ, les douleurs commencèrent à céder peu à peu ; la sueur froide fut remplacée par une sueur chaude ; le pouls se releva ; il survint du sommeil.

On administra alors une poudre composée d'extrait de jusquiame et de sous-nitrate de bismuth.

Le lendemain, il existait encore quelques légères nausées et un peu de pression à l'épigastre ; mais ces symptômes ne tardèrent pas à disparaître complétement.

—Ce n'est pas le premier exemple de phénomènes graves d'empoisonnement produits par l'ingestion des harengs gâtés : P. Franck en avait déjà signalé les conséquences funestes à l'attention des praticiens. L'altération de ces poissons paraîtrait dépendre, d'après l'avis des rédacteurs du recueil auquel nous avons emprunté ce fait, de l'altération de la saumure, ce liquide acquérant avec le temps une âcreté qui le rend presque caustique, et sous l'influence de laquelle les harengs deviennent visqueux et nauséabonds.

*Empoisonnement par le vinaigre.*

Un homme âgé de 36 ans était en voie d'amélioration d'une pleuro-pneumonie, lorsque, au lieu de prendre une cuillerée à café d'hydrolat de laurier-cerise, il prit du vinaigre radical qu'il avait près de lui pour le flairer au besoin. Immédiatement après l'ingestion de ce liquide, il sauta du lit comme un furieux et se

traîna par terre en poussant des hurlements arrachés par la douleur. Faute de mieux, il se hâta d'avaler une grande quantité d'eau.

A son arrivée, M. Mélion trouva la membrane muqueuse buccale tout à fait blanche; le malade se plaignait d'éprouver une violente douleur, un sentiment de brûlure dans les régions de la poitrine et de l'estomac, une anxiété très-forte, des angoisses, des nausées; il pouvait à peine s'exprimer, et il était baigné de sueur; le pouls était très-accéléré, petit, resserré.

On administra du lait, du carbonate de magnésie et une potion huileuse.

Après avoir eu des vomissements fréquents et des selles diarrhéiques, le malade vit ses douleurs diminuer, et il ne tarda pas à recouvrer la santé.

*Empoisonnement par l'huile essentielle d'amandes.*

Un jeune homme nommé G. O. mourut subitement à Londres, dans une maison mal famée d'Alderman-Street, où il avait demandé une chambre pour passer la nuit. Il présenta à son agonie tous les symptômes de l'empoisonnement par une substance délétère tirée du règne végétal. Un flacon où restaient encore plusieurs gouttes d'huile essentielle d'amandes, ne laissait aucun doute sur le genre de mort que s'était volontairement infligé ce malheureux.

Une enquête ayant été ordonnée, le sieur R., pharmacien de la cité, déclara avoir vendu à O. la petite fiole contenant une demi-once anglaise d'huile essentielle d'amandes. Il ne l'aurait pas livrée, dit-il, s'il n'avait pris ce jeune homme pour le commis d'un fabricant de savon ou pour un pâtissier (les pâtissiers de Londres font usage, à ce qu'il paraît, de cette substance pour mieux faire lever et feuilleter la pâte, et pour donner plus de saveur aux meringues).

Le jury devant lequel fut portée l'affaire rendit ainsi son verdict :

« G. O. est mort pour avoir pris de l'huile essentielle d'amandes, qu'il s'est administrée de ses propres mains; cependant rien ne constate quel était son état mental lorsqu'il a commis ce suicide. »

Et en même temps le jury a déclaré devoir blâmer la conduite de M. R., qui n'aurait pas dû vendre du poison au premier venu.

*Modifications de l'appareil de Marsh.*

M. Blondlot a apporté à l'appareil de Marsh quelques modifications qu'il croit susceptibles de donner à cet appareil une plus

grande précision. Voici comment il procède : Il commence par désorganiser les tissus par l'acide sulfurique concentré, suivant le procédé de MM. Flandin et Danger ; mais au lieu de pousser l'action de la chaleur jusqu'à ce que la masse soit transformée en un charbon sec et friable, ce qui expose à perdre une partie de l'arsenic, il s'arrête quand la matière a acquis une consistance pâteuse : traitant alors par une quantité déterminée d'eau, il fait passer pendant quelques minutes un courant de chlore à travers la liqueur trouble et noire qui résulte de cette lixiviation ; on filtre ensuite, et l'on recueille un liquide clair et limpide qui, placé dans l'appareil de Marsh, ne produit que peu ou point de mousse. En opérant ainsi qu'il vient d'être dit, on ne perd aucune parcelle d'arsenic, et l'on n'a pas à craindre la présence de l'acide sulfureux, que le chlore convertit immédiatement en acide sulfurique.

Afin de graduer à volonté et même d'arrêter le dégagement du gaz dans l'appareil de Marsh, M. Blondlot se sert d'un flacon de Woolf à trois tubulures ; il suspend le zinc, réduit en lames et roulé en spirales, à une tige de verre susceptible de glisser à frottement dans le bouchon qui ferme la tubulure du milieu : cette disposition permet de faire plonger le métal autant qu'on le désire dans le liquide acidulé, et, par conséquent, de rester maître de l'opération à toutes les périodes et dans toutes les éventualités. Des deux tubulures extrêmes, l'une livre passage à un tube droit par lequel on introduit le liquide, l'autre au tube du dégagement de l'hydrogène arsénié.

---

## III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 5. *Note sur le mécanisme des sécrétions*, lue à la Société de médecine de Strasbourg, dans la séance du 5 mars 1846 ; par A. Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 3, 1846.)

L'influence du microscope sur nos connaissances anatomiques et physiologiques est un fait aujourd'hui reconnu ; et si ce précieux moyen d'investigation trouve encore des incrédules ou même quelques détracteurs, ce ne peut être que par ignorance ou par cette singulière erreur de raisonnement qui nous fait oublier, pour un résultat douteux, des services nombreux et réels. Bornons-nous à rappeler que ce n'est que depuis les per-

fectionnements apportés au microscope, que l'anatomie générale, ce point de départ de toute bonne physiologie, repose sur des bases certaines. C'est cet instrument qui a détruit une foule d'erreurs grossières qui nous donnaient les idées les plus fausses sur la manière dont s'accomplissent certaines fonctions : l'existence des pores organiques, les prétendus parenchymes des viscères, la triple terminaison des artères en capillaires nutritifs, en capillaires sécréteurs et en capillaires exhalants ou absorbants, etc.

Parmi les fonctions sur lesquelles nous n'avons des connaissances un peu positives que depuis que le microscope est venu à notre aide, nous devons ranger les sécrétions. Le temps est encore bien rapproché de nous où l'on admettait une continuation directe entre les vaisseaux sanguins et les canaux des glandes, et où l'on disait que le sang, arrivé dans les ramuscules les plus fins des artères, se changeait en produits sécrétés. Lisez, pour vous en convaincre, l'article *Sécrétion* du *Dictionnaire de Médecine*, article publié en 1844, et signé par un physiologiste bien connu de l'ancienne école. Vous y trouverez répété à satiété, qu'il y a « continuité entre le système vasculaire sanguin qui ap- « porte les matériaux de la sécrétion et le système vasculaire « sécréteur qui fabrique et exporte l'humeur sécrétée. » Vous y trouverez ces assertions singulières : « qu'on ne peut rien con- « naître de la structure intime des organes exhalants ; — que « la texture des follicules sécréteurs est aussi peu connue que « celle de tout autre organe ; — que c'est entre les deux sys- « tèmes vasculaires qui constituent l'organe sécréteur à leur « point d'abouchement que se fait vraiment la sécrétion ; » et comme on n'est jamais parvenu jusqu'à ce point d'abouchement, on se tire d'affaire en désignant par le mot de *parenchyme*, ou système capillaire de l'organe sécréteur, le lieu où se fait la sécrétion.

Et c'est en 1844 que l'on imprime de pareilles hérésies, dans un livre qui devrait contenir le résumé fidèle de l'état actuel de la science ; et c'est un professeur de Faculté, un membre du premier corps médical du royaume, qui ne craint pas de rester ainsi en arrière du mouvement scientifique, qui ferme les yeux et les oreilles à tout ce qui se passe autour de lui, et semble se complaire dans sa bienheureuse quiétude !

Aujourd'hui la composition et la structure intime des glandes sont assez bien connues pour ce qu'elles ont d'essentiel. On sait que tout organe sécréteur est formé par des capsules simples ou multiples, ou par des tubes de longueur variable et qui peu-

vent aussi se trouver isolés ou réunis en masse plus ou moins compacte : les formes des glandes sont extrêmement variées ; leur composition est au contraire remarquable par son uniformité. Les vaisseaux sanguins, chargés d'apporter les matériaux de la sécrétion, sont disposés autour de ces éléments sécréteurs, de manière à les accompagner dans toutes leurs divisions ; ils forment des réseaux à mailles plus ou moins lâches, suivant l'arrangement des capsules ou des tubes sécréteurs. Ces vaisseaux n'ont que des rapports de contiguïté avec ces derniers ; il est bien certain, et clairement démontré, qu'il n'existe aucune continuité entre les vaisseaux et les tubes. Les tubes sécréteurs sont toujours terminés en cul-de-sac à leur extrémité ; on ne doit plus faire d'exception pour le rein ni pour le testicule.

Il ne reste donc plus qu'à étudier la structure propre de ces tubes sécréteurs ; dès lors il sera possible d'asseoir sur ces données anatomiques une théorie sinon rigoureuse, du moins assez vraisemblable de la sécrétion.

Purkinje, Henle, Valentin, Müller, en Allemagne ; Mandl en France ; Goodsir et Bowmann en Angleterre, ont étudié avec soin, sous ce rapport, la structure des glandes, et ont été conduits à envisager la sécrétion sous des points de vue qui diffèrent plus ou moins des idées généralement reçues.

Henle, dans son remarquable travail sur l'épithélium, dit que les canaux glanduleux sont revêtus d'une couche de cellules épithéliales ; ces cellules renferment un noyau très-développé, relativement à la cellule elle-même : les contours de celle-ci se voient difficilement ; ce n'est que lorsque plusieurs cellules sont rapprochées les unes des autres qu'on distingue les intervalles plus pâles qui les séparent. Ces cellules se produisent en abondance, se pressent au dehors, et forment, dans plusieurs glandes, une partie du produit sécrété. La membrane qui les soutient est homogène. L'auteur fait remarquer l'analogie qui existe entre certains produits provenant des sécrétions (les corpuscules du mucus, par exemple) et les cellules épithéliales elles-mêmes.

Dans son grand ouvrage d'anatomie générale, M. Henle entre dans beaucoup plus de détails sur la structure des glandes, et particulièrement des canalicules sécréteurs. Il signale le contenu de ces organes comme des noyaux de cellules nucléées ou des granules élémentaires. Il croit que ces derniers se réunissent deux à deux, trois à trois, s'entourent d'une cellule, et finissent par représenter d'assez gros corpuscules muqueux qu'on peut faire sortir des glandes par la pression, et qui, pendant la digestion, enveloppent le contenu de l'estomac d'une couche épaisse et

comme membraneuse. Mais Henle ne s'explique pas sur les usages présumés de ces cellules, et il paraît ne faire jouer aucun rôle à la membrane propre du tube sécréteur : loin de là, cette membrane manquerait même dans plusieurs glandes (le foie et les glandes des follicules pileux) ; en sorte que les organes sécréteurs seraient ici simplement formés de cellules réunies en amas arrondis et lobuleux, ou disposées en séries linéaires.

Quant à la théorie de la sécrétion, M. Henle admet que les matières sécrétées se produisent dans le sang, et que les glandes les reçoivent toutes formées de ce dernier ; il considère ainsi les glandes comme des espèces de filtres, sans nier, toutefois, que les cellules endogènes ne puissent aussi prendre part à la sécrétion.

Valentin décrit les extrémités des canalicules sécréteurs comme renfermant des cellules complètes, des noyaux globuleux et une masse plus claire interposée. Les cellules ont souvent un contenu qui est peut-être en rapport avec le produit sécrété.

Déjà Purkinje, avant Valentin, avait émis la même opinion sur le rôle des cellules ; il comparait ces dernières aux parties élémentaires des végétaux où chaque petite cellule a sa vie propre et se fabrique un contenu spécial.

Cette opinion sur le rôle spécial que jouent, dans les sécrétions, les cellules épithéliales des glandes, a été aussi exprimée par Bowmann, dans son beau travail sur la structure des reins, et surtout par Goodsir. Ce dernier a cherché à démontrer, par l'étude des organes sécréteurs d'un grand nombre d'animaux, que les matières caractéristiques des produits des sécrétions se trouvent dans les cellules qui revêtent les canaux glanduleux.

M. Mandl, enfin, comme les auteurs que je viens de citer, regarde les glandes comme composées de canalicules sécréteurs renfermant une masse de cellules d'autant plus compacte et adhérente aux parois des canalicules, que l'on s'approche du bout fermé en cul-de-sac ; il appelle cette masse cellulaire le parenchyme de la glande, à l'imitation de Purkinje qui lui donnait le nom d'*enchyme*. Ce parenchyme occupe toute l'épaisseur du canalicule ; il est composé de cellules à divers degrés de développement : les plus imparfaites occupent la circonférence de ce cylindre intérieur, tandis que l'axe du canalicule est occupé par les cellules les plus parfaites. Ce cylindre de cellules est entouré immédiatement par la tunique propre glandulaire, et celle-ci peut être revêtue d'un épithélium ou en être privée.

M. Mandl, comme on le voit, regarde les cellules de ce qu'il appelle le parenchyme comme indépendantes des cellules de

l'épithélium : « Ce dernier, dit-il, manque tout à fait dans les vésicules les plus petites des glandes agglomérées. Comme les corpuscules primitifs, les cellules les moins développées du parenchyme sont adhérentes à la tunique propre glandulaire à l'aide de la matière organisatrice ou du blastème ; mais à mesure que ces cellules se développent et se rapprochent de l'axe du canalicule, elles se détachent du blastème et deviennent libres. »

Ainsi, tous les micrographes s'accordent sur l'existence des cellules qui tapissent les parois internes des canalicules sécréteurs et remplissent plus ou moins leurs cavités ; mais ils diffèrent d'opinion sur la valeur morphologique de ces cellules et sur leurs fonctions présumables.

Quelques recherches que j'ai faites sur la structure intime des glandes et l'étude comparative des travaux particuliers, publiés dans ces derniers temps, m'ont conduit à une théorie de la sécrétion qui diffère, sous plusieurs rapports, de celles dont je viens de présenter l'analyse.

Pour acquérir une notion exacte sur la disposition anatomique des organes sécréteurs, il faut procéder avec une grande précaution, et observer non-seulement des pièces conservées dans l'alcool, mais aussi des glandes fraîches, séparées de l'animal peu d'instants après la mort.

Si l'on écarte les uns des autres, à l'aide de fines aiguilles et sous le microscope, les petits lobules dont la réunion constitue une glande en grappe, et qu'on examine ensuite, par transparence, un de ces petits grains ainsi préparés, on voit très-nettement que ce petit grain se compose de capsules entassées les unes sur les autres et groupées autour d'un ou de plusieurs conduits excréteurs. Sous un grossissement médiocre, ces sortes de petits sacs paraissent granulés ; mais à l'aide d'un grossissement de 250 à 300 diamètres, on distingue, au milieu des granulations, de petites vésicules sphériques, transparentes, renfermant elles-mêmes un contenu granuleux pâle. Que l'on déchire ensuite quelques-unes de ces capsules glandulaires, on verra leur contenu s'écouler sous la forme de vésicules et de granules élémentaires ; et si l'on agite la pièce sous l'eau, on débarrassera entièrement les capsules de leur contenu, et les parois de ces capsules resteront étalées sur la lame de verre. Ces parois offrent, mais d'une manière plus distincte, le même aspect que présentait la capsule avant qu'elle fût ouverte. Elles sont, en effet, tapissées d'une couche de vésicules granuleuses de différentes grandeurs, qui adhèrent à la membrane propre de la capsule et entre lesquelles sont déposés des corpuscules élémentaires. Les vési-

cules adhérentes ont le même diamètre et le même aspect que celles qui étaient libres dans l'intérieur de la capsule : on peut donc admettre que ces dernières se sont détachées des parois du petit sac glandulaire. Ces vésicules ne sont pas encore des cellules complètes; je n'ai jamais pu distinguer d'intervalle entre leur enveloppe et les granulations qu'elles renferment : d'un autre côté, elles sont sphériques et ne contiennent pas de noyau; on peut donc les regarder elles-mêmes comme de véritables noyaux de cellules en voie de formation.

J'ai reconnu la disposition dont je viens de parler dans les glandes salivaires, le pancréas, les glandes rectales et les follicules inguinaux du lapin.

La même structure s'observe dans les glandes utriculaires et dans celles qui sont formées de tubes. Si l'on étudie, par exemple, les utricules dont l'agglomération constitue la muqueuse gastrique de la caillette du veau, on voit que ces espèces de petits boyaux, terminés en cul-de-sac, sont aussi composés d'une membrane propre, tapissée de vésicules granuleuses semblables à des noyaux de cellules. Les vésicules qui remplissent le fond du cul-de-sac sont simples : ce sont des noyaux proprement dits; mais à mesure qu'on approche de l'orifice de l'utricule, on voit que ces noyaux sont entourés d'une cellule distincte : ce sont des formations plus avancées. Cette observation, que j'ai répétée plusieurs fois, confirme ce qu'ont dit Valentin et d'autres micrographes, à savoir que les cellules sont d'autant plus développées qu'on approche davantage de l'orifice de l'organe sécréteur.

Les glandes tubuleuses ne font pas exception à cette composition élémentaire. Les tubes urinaires, du moins ceux de la substance corticale, offrent le même aspect que les capsules terminales des glandes conglomérées; tandis que les tubes droits de la substance mamelonnée sont revêtus intérieurement d'un épithélium en pavé, composé de cellules dont le noyau occupe à peu près la moitié du diamètre de la cellule entière. Quant aux tubes séminifères, les corpuscules sphériques et granuleux qui adhèrent à leurs parois sont identiquement les mêmes que ceux qui remplissent la cavité de ces tubes.

Ainsi, en résumé, des formations nucléaires obstruent la lumière des organes sécréteurs et se trouvent surtout accumulées vers les extrémités en cul-de-sac de ces organes ; des formations en tout semblables tapissent les parois internes de ces mêmes organes et adhèrent à ces parois. Tels sont les faits que chacun peut vérifier : cherchons maintenant à nous en rendre compte.

Et d'abord, ces vésicules granulées, qui affectent une forme et une disposition si constantes, appartiennent sans aucun doute aux formations épithéliales; notre opinion diffère totalement, sous ce rapport, de celle de M. Mandl. Mais elles n'appartiennent encore ni à l'épithélium en pavé ni à l'épithélium cylindrique; elles ne constituent pas encore de véritables cellules : ce sont, comme on l'a dit et comme nous l'avons vu, de jeunes cellules dans lesquelles le noyau est tellement développé et la cellule si rudimentaire que les deux enveloppes se confondent, et qu'on ne peut les distinguer l'une de l'autre. On peut les comparer à ces jeunes cellules globuleuses qui végètent à la surface du derme, et dont la réunion constitue la membrane granulée qui recouvre la tunique fibreuse de la peau. Cependant il existe des différences entre ces deux ordres d'organes : les jeunes cellules de la peau sont disposées sur plusieurs plans superposés; les nouvelles cellules, formées à la surface du derme, repoussent vers le dehors les cellules anciennes; celles-ci s'aplatissent : en même temps l'enveloppe du noyau, ou la cellule proprement dite, s'agrandit, tandis que le noyau reste stationnaire ou même diminue de dimension; en sorte qu'on trouve entre les cellules vésiculeuses qui recouvrent immédiatement le derme et les cellules squammeuses qui forment la surface extérieure de la peau, tous les degrés intermédiaires de développement.

Dans les glandes, au contraire, du moins dans leurs extrémités terminales, les jeunes cellules sont disposées sur un seul plan et tapissent intérieurement la tunique propre de la glande, tunique qu'on peut très-bien regarder comme l'analogue du derme. D'abord très-petites, elles grossissent peu à peu, et se détachent de la paroi de la tunique propre quand elles ont atteint une certaine dimension, mais le plus souvent avant que la cellule soit distincte du noyau. Cette végétation est tellement active à l'extrémité des tubes sécréteurs, que l'on trouve toujours, comme nous l'avons dit, la lumière de ces tubes obstruée par les noyaux vésiculeux qui les remplissent. A mesure que l'on s'approche de l'orifice excréteur du tube, les couches de cellules adhérentes à la membrane propre de ce dernier deviennent plus épaisses, et les cellules les plus superficielles prennent peu à peu le caractère de celles qui tapissent la cavité destinée à recevoir le produit sécrété. Il y a donc, comme on le voit, un passage insensible des formes élémentaires que présentent les cellules des extrémités en cul-de-sac des glandes, aux formes achevées des cellules complètes qui constituent l'épithélium des tubes excréteurs; et cette gradation dans le développement des cellules n'est pas

une vue théorique, c'est un fait d'observation que nous avons vérifié sur plusieurs glandes, et dont parlent, du reste, la plupart des micrographes. Nous sommes donc en droit de regarder les vésicules granuleuses en question comme des formations épithéliales rudimentaires, et chargées d'accomplir, sous cette forme, des fonctions spéciales.

Examinons maintenant quelle peut être la nature de ces fonctions.

L'épithélium ordinaire est un organe de protection, d'absorption ou d'exhalation, suivant les surfaces qu'il recouvre et suivant la forme et l'étendue des cellules qui le composent. On comprend, en effet, qu'une lamelle d'une épaisseur inappréciable ne pourra que laisser transsuder les liquides, tandis qu'une cellule cylindrique ou une vésicule globuleuse, recevant un liquide dans sa cavité, pourra faire éprouver à ce liquide des modifications quelconques, en un mot, l'élaborer ou même en changer la nature. La sécrétion proprement dite, c'est-à-dire la métamorphose des éléments constitutifs du sang, pourra donc très-bien s'opérer dans des organes vésiculeux comme ceux qui remplissent les tubes sécréteurs. Or, nous avons vu une différence capitale dans le mode de développement des cellules des tubes sécréteurs : les unes, celles du fond, se détachent sous la forme d'organes vésiculeux ; les autres, celles qui avoisinent l'orifice du tube excréteur, végètent à la manière des cellules de l'épiderme : ces dernières semblent acquérir de plus en plus les caractères d'organes protecteurs ou d'organes d'exhalation ou d'absorption, tandis que les premières, par leur forme globuleuse et surtout par leur reproduction abondante et continue, semblent plutôt réunir les conditions nécessaires à l'élaboration des principes du sang.

Nous pensons donc que les vésicules granuleuses qui tapissent les parois des tubes sécréteurs, et qui se trouvent surtout accumulées vers l'extrémité en cul-de-sac de ces tubes, remplissent une autre fonction que les cellules qui revêtent intérieurement le reste du tube, et qui se modifient peu à peu pour prendre les caractères de l'épithélium de la surface libre de la muqueuse ou de la peau ; et nous ne croyons pas trop nous hasarder en regardant ces vésicules comme les organes chargés d'élaborer la substance particulière à chaque sécrétion (salivine, biline, urée, etc.); tandis que les cellules épithéliales proprement dites laisseraient passer l'eau, les sels et les autres substances dissoutes dans la partie liquide du sang, et qu'on retrouve en plus ou moins grande proportion dans tous les liquides sécrétés. On sait, en effet, que l'eau entre pour une immense proportion dans les produits des

sécrétions : or, la surface des tubes sécréteurs est infiniment plus grande que celle qui résulterait de la somme de toutes les extrémités terminales de ces tubes. De plus, la séparation du sang de ses éléments liquides n'entraîne aucune action particulière de la cellule : c'est un simple effet d'endosmose, et cet effet s'opérerait au moyen des cellules rangées en séries continues le long des parois internes du tube sécréteur. Les vésicules, au contraire, se chargeraient soit d'extraire du sang les principes immédiats des sécrétions qui s'y trouvent déjà, soit de faire subir aux éléments du sang les transformations nécessaires à la production de ces principes. Elles verseraient leur contenu dans la cavité du canalicule, et par conséquent au milieu du liquide que renferme ce dernier, soit par déhiscence, soit par dissolution de leurs parois. Ces vésicules formeraient donc la partie essentielle de chaque glande, sa partie en quelque sorte spécifique.

Sans doute ce n'est là qu'une hypothèse ; mais cette hypothèse n'est pas dénuée de fondement, et la science possède déjà plusieurs faits qui viennent militer en sa faveur. Ainsi, Goodsir a trouvé, dans la poche à encre des seiches, des cellules pigmentaires dont le contenu est en rapport avec la *sepia* elle-même; le foie de plusieurs mollusques se composait de vésicules dont le contenu brun était en rapport avec la bile ; dans le rein d'un colimaçon ( *helix adspersa* ), le même anatomiste a rencontré des cellules remplies de granules d'acide urique ; le manteau de l'aplysie, où se sépare un liquide pourpré, contient des cellules dans lesquelles se trouve un liquide de la même couleur.

Karsten a fait des observations analogues sur le foie des crustacés et des mollusques. Henri Meckel, neveu du célèbre anatomiste de ce nom, vient de publier dans les *Archives* de Müller (1846, cah. 1, p. 1) un excellent travail dans lequel il s'attache à représenter les cellules épithéliales des glandes comme les endroits où s'opèrent les actions chimiques ; il s'est assuré que, dans l'écrevisse, le travail de formation de la bile est réparti entre deux sortes de vésicules ayant chacune leur attribution particulière : les unes fabriquent de la biline, tandis que les autres ne renferment que de la graisse. Enfin, ne savons-nous pas que les corpuscules solides, que nous désignons sous le nom de *globules du mucus*, ont la même forme, la même composition et le même diamètre que les noyaux des cellules des glandes qui les sécrètent, et ne pouvons-nous pas, d'après cela, les regarder comme des noyaux qui ne sont pas encore arrivés à leur développement cellulaire?

Il nous reste encore à examiner le rôle que peut jouer la

membrane propre du tube sécréteur. Tous les anatomistes sont à peu près d'accord pour envisager cette tunique comme un simple support, comme une sorte de squelette destiné à donner au tube sa forme et sa consistance, et à diriger au dehors les fluides sécrétés.

Nous ne saurions nous ranger de cet avis, et nous ne craignons pas de dire que cette manière de voir nous semble peu physiologique, à peu près comme si l'on voulait regarder le derme comme le *caput mortuum* de la peau.

Si nous étudions la structure de l'ovaire, non pas dans les vertébrés supérieurs, mais dans les reptiles et les poissons, nous voyons que cette glande se compose d'une enveloppe membraneuse excessivement mince dans quelques groupes : c'est cette membrane fibro-grenue qui sécrète les ovules ; on les voit se développer peu à peu, faire saillie à la surface interne du sac membraneux, et tomber ensuite dans sa cavité quand ils sont arrivés à leur complète évolution. Or, ce que nous pouvons voir dans la sécrétion des ovules se passe sans doute dans les autres sécrétions. Pour nous, la tunique propre des tubes sécréteurs est la membrane proligère de ces tubes ; généralement regardée comme sans structure, elle a cependant été reconnue comme fibreuse par quelques anatomistes : c'est à sa surface que végètent, sans interruption, les vésicules sécrétoires, comme c'est à la surface des sacs ovariens que végètent les ovules. La structure particulière des glandes des animaux articulés nous semble une preuve en faveur de cette théorie. Dans ces glandes, en effet, les vésicules ne sont pas à découvert dans la cavité du tube sécréteur ; elles sont elles-mêmes recouvertes par une membrane très-fine, continue, en sorte que le développement des vésicules se fait entre cette membrane et la tunique propre, absolument comme dans les ovaires dont nous venons de parler.

On nous objectera sans doute que la tunique propre des organes sécréteurs n'est pas indispensable à ces organes, puisqu'elle manque dans le foie des vertébrés. A cela nous répondrons que cette absence de la membrane propre des glandules sécrétoires du foie est loin d'être prouvée. Valentiu est porté à admettre cette membrane, et Krause l'admet positivement et affirme qu'il est parvenu à la démontrer. D'ailleurs il suffit de se rappeler combien sont difficiles les recherches sur la structure intime du foie, pour concevoir comment une membrane aussi délicate que la tunique propre des glandes a pu échapper aux recherches des meilleurs micrographes.

Nous résumerons ainsi qu'il suit nos idées sur la sécrétion envisagée d'une manière générale :

1° Les glandes ont pour éléments sécréteurs des sacs ou des tubes, composés, en allant de dehors en dedans, d'un réseau vasculaire sanguin, d'une membrane propre et d'une couche de cellules.

2° La cavité des sacs ou des tubes est remplie de cellules libres, semblables à celles qui en tapissent les parois.

3° Les cellules qui tapissent les extrémités en cul-de-sac des organes sécréteurs ne se composent encore que du noyau ; celui-ci est sphérique, creux et rempli de granulations.

4° Les cellules qui recouvrent les tubes dans leur continuité prennent de plus en plus le caractère de cellules achevées à mesure qu'on approche de l'orifice du tube ; le noyau est alors parfaitement distinct de la cellule, et celle-ci finit par prendre la forme de lamelle (épithélium en pavé) ou celle de cylindre (épithélium cylindrique), se confondant ainsi peu à peu avec l'épithélium de la surface libre à laquelle aboutit la glande.

5° Les jeunes cellules ou vésicules granuleuses (noyaux de cellules), qui remplissent les canalicules, proviennent des parois de l'extrémité en cul-de-sac de ces canalicules : il se fait dans ces culs-de-sac une végétation abondante qui a pour effet de produire sans cesse de nouvelles vésicules qui finissent par obstruer la lumière du tube.

6° Ces vésicules paraissent être les organes sécréteurs proprements dits : elles élaborent les principes du sang et les versent au dehors, soit en crevant, soit par une dissolution de leur enveloppe ; il est très-probable que les produits qu'elles fournissent constituent les principes immédiats particuliers à chaque sécrétion.

7° L'eau, les sels et les autres substances que l'eau tient en dissolution, proviendraient, dans cette hypothèse, des cellules qui tapissent les canalicules : on s'expliquerait ainsi l'abondante quantité d'eau que renferment, en général, les liquides sécrétés.

8° La membrane propre des canalicules ou des petits sacs sécréteurs est une membrane proligère analogue à celle qui constitue l'ovaire des vertébrés inférieurs et de la plupart des invertébrés.

Nous soumettons les réflexions qui précèdent à l'appréciation de nos collègues de la Société de médecine. Sans doute elles auraient besoin de reposer sur des faits plus nombreux encore ; mais, telles qu'elles sont, elles peuvent déjà laisser entrevoir les progrès que le microscope a fait faire à la question importante

de la sécrétion, et les résultats futurs que la science est en droit d'en espérer.

## IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 6. *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle ;* par M. A. DELPECH, ancien interne de l'hôpital Necker.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, avril 1846.)

Parmi les formes les plus singulières des maladies convulsives, il faut sans contredit placer au premier rang celles qui n'occupent qu'une partie limitée du corps. Peu connues dans leur étiologie, elles ne peuvent le plus souvent être rapprochées d'aucune lésion locale des centres nerveux qui explique d'une manière suffisante pourquoi elles n'occupent, dans leur expression symptomatique, qu'une étendue aussi limitée.

C'est ainsi qu'une injection générale souvent bien légère des centres nerveux représentera comme lésion, pour quelques auteurs, des phénomènes convulsifs bornés à quelques-uns des muscles de la vie animale.

Si, dans les faits les plus habituels, il est difficile de comprendre la relation physiologique qui sert de chaîne entre les symptômes et l'état anatomique, la recherche en devient bien plus épineuse encore lorsqu'il s'agit d'affections essentiellement mobiles, et dont les manifestations se développent de telle manière qu'elles semblent se déplacer avec la cause qui les produit. La forme convulsive tonique qne nous allons étudier rentre dans ces dernières conditions.

Essentiellement fugace, ne laissant souvent de son passage aucune autre trace que la possibilité de sa reproduction dans des circonstances semblables, elle envahit successivement, sur le même sujet, différentes parties du corps. Difficile à poursuivre dans ses pérégrinations capricieuses, elle soulève, quant à son siége et à sa nature, d'assez grandes difficultés que nous essayerons d'affronter.

Généralement peu connue, elle n'a été jusqu'à présent le sujet d'aucun travail étendu. Toutefois, si l'on n'a pas cherché à en donner une histoire complète, quelques hommes d'une valeur incontestable ont apporté à la question des matériaux utiles.

Les anciens auteurs ne paraissent pas avoir décrit cette affection d'une manière spéciale. Cependant, on trouve disséminés çà et là des faits que l'on peut, à plus ou moins juste titre,

regarder comme pouvant en être rapprochés. C'est ainsi que l'auteur d'une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, M. Imbert Gourbeyre, a signalé comme telles des observations qu'il avait rassemblées dans quelques auteurs anciens : Pechlin (1), Gui Riedlin (2), de Haën (3), Emm. Weismann (4).

Les faits que nous avons rencontrés aux lieux indiqués ne nous ont pas paru concluants; peut-être appartiennent-ils, en effet, à la forme particulière de spasmes musculaires dont nous nous occupons ici, mais ils ne sont pas donnés avec des détails suffisants pour que nous puissions affirmer qu'ils sont véritablement identiques. Il est vraiment impossible, en effet, d'accorder aucune valeur à l'observation suivante de De Haën : « Puellæ 14 « annorum ignotâ de causâ sinistra manus intusmescit, livescit, « digitique firmiter in pugnum contrahuntur, et lævum pedem « choræa invadit. »

Nous ne nous sommes pas contenté de ces recherches, et nous avons voulu voir s'il ne serait pas possible de retrouver quelques faits non indiqués jusqu'à présent de rétraction musculaire. Ettmuller (5) signale sous le titre : *Morbus hungaricus, spasmus extremorum*, un fait qui nous a intéressé, parce qu'il se rapproche assez nettement d'une observation de M. Demarquay et d'un fait que nous avons observé nous-même. Il s'agit de spasmes toniques passagers observés dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Le malade d'Ettmuller avait été affecté du mal de Hongrie *(typhus des camps)*. Il fut pris dans sa convalescence de spasmes des extrémités avec trismus et douleurs cervicales. Les spasmes reparurent à deux reprises différentes, et furent suivis d'une fièvre d'accès. C'est peut-être, chez les auteurs anciens, ce qui nous a semblé se rapporter le plus exactement à l'affection spasmodique que nous décrivons ici.

D'ailleurs, aucune description n'en avait été faite par les nosologistes. Le silence de Van Swieten, celui de Cullen et de son commentateur, et de tous les auteurs qui ont, au commencement du siècle dernier, cherché à réunir le plus grand nombre de maladies possible dans leurs catalogues nosographiques, ne nous laissait pas espérer de trouver chez les anciens beaucoup de renseignements. M. Imbert avait toutefois cité Sauvages, et nous n'avons rien trouvé à l'article indiqué qui nous parût avoir quel-

(1) Jos. M. Pechlini *Obser. medicæ*, obs. LXV.
(2) Gui Riedlin, *Observ. med.*, cent. III, obs. IXC.
(3) De Haën, *Ratio medendi*, t. I, p. 385 et 85.
(4) *Ephem. allem.*, cent. III et IV, p. 163.
(5) Mich. Ettmulleri *Opera medica*, *Francofurti ad Mœnum*, ex off. Zinnerianâ, MDCCIX, t. II, 2e partie, p. 380.

que rapport avec les spasmes musculaires passagers que nous étudions. Voici d'ailleurs la citation :

« Contractura dolorifica. Occitanis Gambarot.

« Notum est ex veteri podagrâ aut rheumatismo mirè contrahi « et contorqueri extremos articulos, atque immobiles evadere « cum sensu vel doloris acuti vel stuporis, et debilitate partis. »

C'est à l'un des observateurs les plus attentifs qui aient écrit dans ces derniers temps, à l'un de ceux qui ont éclairé, dans une existence trop courte, le plus grand nombre de points intéressants de la science médicale, à Dance, que l'on doit rapporter la première étude sérieuse qui ait été faite de la maladie qui nous occupe. Il publia dans les *Archives* (2), sur ce qu'il appela le tétanos intermittent, quatre observations, et les recherches qu'il fit lui-même pour les ranger sous un titre connu restèrent sans résultat. Ces quatre faits avaient été recueillis chez l'adulte. Peu de temps après, plusieurs internes de l'hôpital des Enfants, MM. Tonnellé, Constant, Murdoch, en publièrent des observations nouvelles chez de jeunes sujets, et signalèrent les opinions de MM. Guersent et Jadelot, dans le service desquels elles avaient été recueillies. De la Berge rassembla tous les faits connus dans un intéressant travail, et chercha le premier à en tirer quelques conséquences et à en donner une description générale. Depuis, MM. Tessier et Hermel, dans le *Journal de Médecine*, M. Imbert Gourbeyre, dans sa thèse, M. Hérard, dans la *Gazette des Hôpitaux*, ont rassemblé des observations nouvelles. Ce sont tous ces faits, et dix observations qui nous sont personnelles et que nous avons prises dans des circonstances différentes de celles dans lesquelles les auteurs que nous avons cités avaient été placés, qui nous serviront dans cette description.

C'est dans les salles de M. le professeur Trousseau que nous avons rassemblé la plupart des faits que nous donnerons ici avec détails. C'est à lui que nous devons d'avoir fixé sur eux notre attention.

Un assez grand nombre de noms différents ont été donnés déjà à l'affection convulsive qui fait le sujet de ce travail. Si nous venons donc augmenter sa nomenclature, c'est qu'aucun de ceux qu'elle a reçus ne paraît en donner une idée exacte ; nous préférerions de beaucoup lui donner un titre qui n'eût aucune signification, et qui pût à tout jamais la caractériser, quels que fussent les changements apportés par les progrès de la science à la connaissance de sa nature. Les mots de *rétraction*, de *contracture*,

(2) *Arch. gén. de Méd.*, t. XXVI, p, 190, 1re série, 1831.

nous semblaient mal choisis, en ce qu'ils expriment en général un état chronique, un raccourcissement continu de la fibre musculaire ; celui de *spasme*, pris dans le sens propre que lui avait attribué toute l'école de Stahl, nous a paru préférable. « Spasmus, » dit Juncker, imbu des préceptes du maître, « spasmus est exa-
« cerbatio motûs tonici in partibus præcipuè musculosis, ad
« talem sensibilem gradum, ut patientes acribus plerumque dolo-
« ribus exantur. » Et plus loin : « Spasmus..... est cruci primo
« muscularis ubi totus musculus adficitur cum doloribus tensivis,
« et gravativis, et in contracturas membrorum denique ter-
« minat. »

Nenter définit de même le spasme et la contracture, donnant à l'état chronique la deuxième de ces dénominations, et réservant la première à l'affection récente et passagère.

« Contractura, dit Sauvages, differt a spasmis legitimis quia
« diuturna est, et non subito sed sensim accidit. »

Nous donnerons donc à l'affection que nous traitons ici le nom de spasme musculaire idiopathique. Nous ne voulons pas dire par là qu'il dépend d'un état particulier du muscle ; nous voulons seulement dès l'abord indiquer que, suivant nous, il est habituellement indépendant de toute lésion des centres nerveux.

Nos observations portent presque toutes sur des femmes nouvellement accouchées. Toutefois, nous comprendrons dans cette description générale tous les faits qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

### *Description générale de la maladie.*

Un des caractères principaux de l'affection spasmodique que nous étudions consiste dans la production d'accès ou de paroxysmes d'une durée plus ou moins longue, et qui peuvent se renouveler un nombre de fois variable. Ces paroxysmes se comportent de deux façons différentes : tantôt ils se développent et disparaissent sans qu'on puisse retrouver aucune régularité dans leurs retours ; tantôt, au contraire, ils affectent la forme périodique ou intermittente. De là deux variétés principales de la maladie.

Il en est une troisième encore, et que nous adoptons avec MM. Tessier et Hermel. La convulsion tonique douloureuse existe seule dans un assez grand nombre de cas ; mais assez souvent aussi elle se complique de paralysie. Presque jamais ce dernier phénomène ne se manifeste seul : il se produit à des époques différentes de la maladie ; mais, lorsqu'il se présente, il constitue une véritable variété.

*Prodromes.* — Quelle que soit d'ailleurs celle de ces trois direc-

tions que doivent suivre les accidents, ils commencent en général de la même manière, et ils s'établissent par les mêmes symptômes précurseurs, ou plutôt ce qu'on a considéré comme des prodromes ne sont autre chose que les premières manifestations de la maladie déjà établie. Ils manquent d'ailleurs assez fréquemment, et la maladie débute tout à coup, arrivant dès l'abord à ses manifestations les plus énergiques. Rarement, au contraire, un accès fébrile léger précède tous les accidents. Quoique l'on ait vu la céphalalgie apparaître dès le principe, il est extrêmement rare qu'elle les précède.

Dans les circonstances les plus habituelles, les parties du corps qui doivent dès l'abord en être le siége sont prises de fourmillements légers, d'un engourdissement plus ou moins complet, de picotements incommodes. Une sensation profonde de pesanteur, de brisement, de fatigue, s'y fait sentir.

C'est dans les membres supérieurs, bien plus fréquemment que dans les extrémités abdominales, que ces prodromes se manifestent d'abord. Quelquefois l'invasion se fait à la fois dans les quatre membres. Rarement la maladie s'arrête à ces premiers et bien légers accidents ; mais il arrive fréquemment que les premiers accès ne sont marqués que par une sensation de fourmillement. Nous avons même recueilli une observation dans laquelle la maladie, parfaitement caractérisée d'ailleurs, s'y est presque complétement bornée.

Obs. I. — Meriot (Joséphine), âgée de 29 ans, couturière, demeurant rue des Jardins, n° 18, est entrée le 5 avril au n° 10 de la salle Sainte-Julie.

Elle est habituellement bien portante, quoique, dans sa première jeunesse, sa santé ait toujours été faible et chancelante. Il n'y a même que cinq ans qu'elle est complétement délivrée d'une affection pulmonaire chronique caractérisée par de la toux et l'expectoration de matières puriformes. Elle est habituellement bien réglée, et, chose assez rare, même pendant l'allaitement de son premier enfant, qui a duré dix-neuf mois, les règles ont coulé comme de coutume. Elle n'a jamais eu d'accidents nerveux d'aucune espèce. Accouchée de son deuxième enfant le 9 mars dernier, elle se porta bien pendant les trois jours qui suivirent, et les lochies coulèrent comme d'habitude. Mais, le quatrième jour après l'accouchement, elle trempa ses mains dans l'eau froide, et l'écoulement lochial diminua pour s'arrêter bientôt tout à fait. Il resta toutefois un peu de leucorrhée. De temps en temps, le sang reparaît pendant un, deux ou trois jours; puis, lorsqu'il s'arrête, la malade éprouve, dans le courant de la journée, dans

les bras et dans les jambes, des engourdissements, des fourmillements, et de petites secousses convulsives qui font tressaillir les doigts et portent quelquefois pour quelques instants certaines parties de la main dans une situation fixe sur laquelle la volonté n'a plus de prise. Il n'y a d'ailleurs aucun trouble dans les sens spéciaux, et la santé générale se maintient.

Dans les quatre premiers jours du séjour de la malade à l'hôpital, l'écoulement sanguin se fait convenablement ; aussi les engourdissements ne reparaissent-ils plus. Le 9 avril, il se développe quelques douleurs dans les genoux et des engourdissements légers dans les jambes, et presque aussitôt la malade s'aperçoit que les lochies ont beaucoup diminué.

Le 10 avril, les engourdissements ont reparu dans les mains ; saignée de deux palettes.

Le sang est fortement couenneux ; le caillot est petit, rétracté, à bords renversés ; la couenne est résistante et supporte tout le caillot. Le sérum est abondant. La malade se trouve si bien qu'elle sort le 16 avril ; mais le 17 l'écoulement sanguin cesse, et le 19 les accidents reparaissent dans les mains et les avant-bras. Une deuxième saignée est faite, le sang n'est pas couenneux. Toutefois, les engourdissements persistent, quoique à un moindre degré, et s'accompagnent d'un peu de roideur. Des frictions avec le baume tranquille, un bain simple, suffisent pour les faire disparaître, et la malade sort définitivement guérie le 29 avril.

Ainsi, à l'exception de quelques légères secousses convulsives, d'un peu de roideur dans les articulations, cette forme légère s'est exclusivement renfermée dans des accidents fugitifs que l'on a considérés comme des prodromes.

Cette observation présente un intérêt de plus : c'est la remarquable liaison qui réunit les irrégularités du flux lochial aux accidents spasmodiques.

Peut-être ferait-on rentrer dans les prodromes ces modifications sécrétoires ; nous croyons plus convenable de les examiner, aussi bien que quelques accidents intestinaux qui parfois ont précédé les spasmes, à l'occasion des causes.

*Symptômes.* — Nous voici arrivé à la deuxième période, à la véritable période d'état de la maladie. Ici commencent à se séparer nettement les faits qui ont servi de base à notre division. Nous examinerons donc successivement les symptômes propres à chacune des variétés que nous avons admises.

### 1° *Forme spasmodique ou convulsive tonique.*

*Étude du paroxysme.* — Déjà, par intervalles, des spasmes su-

bits et rapides ont ébranlé quelques-uns des muscles de l'avant-bras ou de la main; des douleurs lancinantes ou pongitives se sont élancées le long des nerfs de sentiment; un ou plusieurs doigts ont pris tout à coup, et pour quelques instants, une position que la volonté ne pouvait à l'instant même leur faire perdre; mais ces mouches, passagères comme celles qui précèdent les contractions utérines vraies, n'ont pas laissé de traces. Le malade accuse bientôt un sentiment de gêne, de la roideur, marquée surtout dans les mouvements d'extension. Les doigts, le poignet, l'avant-bras, en sont le siége le plus habituel; mais, comme nous l'avons dit, les membres inférieurs peuvent y participer également dès l'origine. La roideur augmente, et les mouvements deviennent impossibles dans les parties frappées par l'accès. Déjà les doigts sont écartés les uns des autres et fléchis en totalité sur l'articulation métacarpo-phalangienne, tandis que les articulations des phalanges entre elles participent à peine à ce mouvement. Nous devons dire, toutefois, que ce dernier caractère, signalé comme constant, ne nous a pas paru être aussi habituel qu'on l'avait dit, et que nous avons vu, au contraire, toutes les articulations des doigts fortement fléchies et les ongles entrant dans la chair. Ordinairement la flexion n'est pas portée jusqu'à ce point : les doigts sont à demi fermés, le pouce est fortement entraîné en dedans et plus ou moins fléchi dans la paume de la main, qui est plus profondément excavée par le rapprochement de ses bords et la diminution de son diamètre transversal. Si les muscles de l'avant-bras participent plus puissamment à la maladie, le poignet se fléchit à son tour, la main s'incline fortement en dedans et ne peut être redressée, les muscles se dessinent sous la peau en masses saillantes, dures, et donnant exactement au toucher la même sensation que lorsqu'ils sont le siége d'une crampe. Nous n'avons pas remarqué que leur fibres fussent agitées de secousses convulsives répétées, de palpitations fibrillaires, comme Dance l'avait indiqué. Si le spasme s'étend au bras, il y occupe aussi les fléchisseurs, et l'avant-bras est entraîné dans une flexion plus ou moins prononcée.

Pendant que le système musculaire est modifié dans son état physiologique, le système nerveux du sentiment est aussi le siége de phénomènes morbides. Des douleurs suivent les principaux nerfs, tantôt vagues et gravatives, tantôt lancinantes et bien localisées sur leur trajet. Elles sont mobiles d'ailleurs et peuvent, dans le même paroxysme, passer d'un cordon nerveux à un autre avec la plus grande facilité.

Les membres pelviens subissent les mêmes accidents, soit en

même temps que les membres thoraciques, soit lorsque ceux-ci sont dégagés, et comme s'il s'opérait une véritable métastase. Là aussi la rigidité, la convulsion tonique, les douleurs erratives ou fixes, et la prédominance de l'un des systèmes de muscles, s'observent comme au bras. Le triceps vivement convulsé étend la jambe sur la cuisse ; le pied est fortement étendu par la contraction des jumeaux et du soléaire ; les orteils sont fléchis ; les muscles de la plante du pied participent à la maladie ; la convexité du cou-de-pied est notablement augmentée, et la masse musculaire contractée représente la corde plus courte d'un arc plus fortement courbé.

Les nerfs du sentiment participent aux mêmes douleurs que ceux du membre thoracique, et là encore on peut suivre, comme nous allons le montrer par une observation, sur le trajet des cordons sensitifs, la direction de la souffrance.

Recueillie hors de l'hôpital, cette observation est une de celles dans lesquelles les symptômes ont présenté la plus grande simplicité. Elle nous offrira un type moyen entre les faits légers que nous avons indiqués et les accidents plus graves dont nous donnerons des exemples.

Obs. II. — Madame F..., âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est accouchée il y a trois semaines. L'accouchement a été difficile, mais naturel. Quelques accidents l'ont suivi : madame F... a été prise de douleurs vulvaires et uréthrales assez vives, de douleurs pelviennes profondes, et d'un catarrhe vésical léger. Ces accidents ont cédé facilement à l'emploi de moyens simples : bains de siége peu prolongés et d'une température peu élevée, lavements, lotions émollientes et résolutives. (Décoctions de guimauve, de cerfeuil, de têtes de pavots.)

Dix-neuf jours s'étaient écoulés depuis l'accouchement, et madame F... était en très-bon état ; les lochies rouges avaient cessé, elles étaient remplacées par un écoulement blanc peu abondant.

Le vingtième jour (29 septembre), elle sortit en voiture. Elle n'éprouva aucune souffrance, et ne ressentit pas les atteintes du froid. Toutefois, elle se rappelle très-bien s'être appuyée sur la portière, la glace étant baissée, et avoir fait ainsi un assez long trajet. Le temps était froid pour la saison et pluvieux. Dès le soir, il survint du mal de tête, des douleurs vagues, de la courbature ; plus tard, les douleurs se fixèrent à la partie interne de la jambe droite, exactement vers le point où précédemment la malade avait été saignée ; puis elles occupèrent les deux genoux sans qu'on y remarquât aucun gonflement, aucune rougeur. En-

fin, elles remontèrent, comme la malade le décrit elle-même très-exactement, en occupant la partie antérieure et la partie postérieure des cuisses, jusque vers le bassin, où la convergence des cordons douloureux vers la colonne vertébrale était manifeste.

Les mouvements des membres inférieurs étaient impossibles.

A ces phénomènes se joignirent de la fièvre et de la chaleur.

Le 30, les douleurs, en persistant dans les jambes, se développèrent dans les mains. On ne constatait ni gonflement ni rougeur; les doigts étaient fortement fléchis et la malade ne pouvait les ouvrir. Elle accusait un sentiment profond de pulsation; la sensibilité était exagérée, et le moindre attouchement déterminait de vives souffrances; de temps en temps des exacerbations se produisaient. D'ailleurs, l'intelligence était parfaitement nette, il n'y avait pas la moindre céphalalgie.

La malade se contenta de boire une tisane émolliente.

Le 1er octobre. Un peu de gonflement au niveau des métacarpiens, à la main droite et à la région dorsale. Les articulations ne participent en rien à ce gonflement. La contracture a cessé et les mouvements sont plus libres; mais la douleur, suivant la direction des bras et occupant surtout le côté interne, remonte jusqu'à l'aisselle pour redescendre sur le côté externe du tronc jusqu'au niveau du sein, qu'elle occupe avec violence.

A gauche, la douleur a remonté, puis disparu lorsqu'elle est arrivée vers le plexus brachial.

Fièvre, chaleur modérée; pas de traitement.

Le 2. Quelques douleurs dans la partie supérieure des cuisses, sans gonflement. Rien aux membres supérieurs; sensation de picotement le long de la colonne vertébrale et vers la fin de la région dorsale; pulsations sourdes et assez fortes. La malade ne peut se tourner pour dormir sur le côté, sans donner lieu à une douleur assez vive, quoique légère encore, pour qu'elle évite avec soin ce mouvement.

Moins de fièvre; repos au lit. Diète; tisane de quatre fleurs.

Le soir du même jour, à quatre heures, retour des douleurs dans tout le bras, l'avant-bras et la main droite, avec contracture, flexion des doigts et douleurs vives au toucher. A gauche, quelques douleurs vagues, sans symptômes locaux appréciables, au niveau des jointures.

Pas de gonflement sur aucun point. Pas de fièvre.

Les accidents persistent toute la nuit. Le matin, les lochies rouges, ou au moins un écoulement sanguin, reparaissent, et les douleurs s'effacent complétement.

Depuis cette époque jusqu'au 6 octobre, l'écoulement a per-

sisté, aucun accident ne s'est reproduit ; madame F... est restée guérie.

—Ainsi, l'établissement des douleurs sur le nerf saphène interne, leur extension au nerf crural d'un côté, de l'autre au système du nerf sciatique, la convergence de ces deux lignes douloureuses indiquée par la malade elle-même, et sans qu'elle y fût amenée par des questions, vers l'angle sacro-vertébral : tout cela ne peut laisser de doute sur la nature des organes affectés.

Par exception, c'est dans les membres pelviens que les accidents ont débuté ; mais ils se sont ensuite portés sur les bras, où ils nous offrent des particularités très-intéressantes ; nous y pouvons suivre, sur le trajet du brachial cutané interne, de son accessoire et de son anastomose intercostale, la direction de la douleur. Le caractère exacerbant qu'elle affecte, son début aux extrémités, pour se porter, au moment où elle les abandonne, vers les centres nerveux ; son exagération par le toucher, l'indépendance qu'elle affecte dans ses manifestations des deux côtés du corps, les gonflements qui se développent sur divers points : tous ces faits nous paraissent dignes de remarque.

Les exacerbations, soit spontanées, soit déterminées par le contact des corps extérieurs, ne sont pas un caractère constant des spasmes musculaires qui les accompagnent. Dans une variété déjà notée, celle qui s'accompagne de paralysie, les sensations deviennent au contraire obscures, et disparaissent même entièrement. Les élancements qui rapprochent du type névralgique proprement dit les phénomènes que nous avons indiqués nous semblent avoir une grande importance. Nous y reviendrons plus tard.

De la Berge avait le premier appelé l'attention sur le gonflement et la rougeur qui surviennent parfois sur différents points des membres : « Souvent, dit-il, vers l'articulation du poignet, « au pourtour des malléoles, on rencontre un empâtement comme « œdémateux compliqué d'une rougeur diffuse. » Nous avons constaté l'existence de ces symptômes, qui furent très-marqués dans l'observation qui précède. Mais De la Berge semblait indiquer que la rougeur occupait toujours les articulations ; nous l'avons, au contraire, observée loin de toute articulation : ainsi, sur la région dorsale de la main et sur les métacarpiens eux-mêmes. Cette rougeur vermeille, rosée, ressemblait exactement à celle qui se produit parfois sur quelques points du trajet des nerfs superficiels dans les névralgies violentes.

Le gonflement articulaire a été assez fréquemment noté : il était œdémateux. La peau, en général, était pâle et comme un

peu infiltrée. Nous l'avons rencontré au pied, au genou, au poignet, aux articulations phalangiennes.

Tels sont les principaux symptômes observés dans la forme spasmodique pure; mais ce ne sont pas les seuls. Si les muscles des extrémites sont exclusivement affectés dans la plupart des cas, les mêmes manifestations peuvent se produire sur d'autres points. En ne tenant compte que de nos observations, nous pouvons signaler des contractures et de la rigidité dans les muscles de la mâchoire, de la face et de la langue. L'observation suivante en est un exemple assez curieux.

Obs. III. — Morange (Jeanne), âgée de 37 ans, couturière, demeurant rue des Sept-Voies, n° 35, née à Gennetta (Puy-de-Dôme), entrée le 27 mai.

Habituellement bien portante, accouchée chez elle de son deuxième enfant il y a deux mois.

A la suite de ses couches, sa santé s'est parfaitement rétablie, et la malade a pu allaiter convenablement son enfant. Le 25 mai, deux jours avant qu'elle entrât à l'hôpital, à la suite, dit-elle, d'un refroidissement, elle éprouva presque subitement les accidents dont il va être parlé.

Le 28 mai, jour où nous l'examinons pour la première fois, nous constatons de la fièvre, une hébétude notable, un peu de diarrhée, de la soif. La langue était rouge. Nous ne pouvions obtenir aucune réponse, et la malade ne pouvait donner aucun soin à son enfant. Ce ne fut que trois ou quatre jours plus tard qu'elle put parler, et elle nous dit alors que depuis le début des accidents, elle ne pouvait pas *dégrafer* sa mâchoire ni mouvoir sa langue, ce qui l'avait empêchée de nous expliquer ce qu'elle éprouvait. En même temps, elle se plaignait d'éprouver de l'engourdissement, de la roideur dans les bras et dans les jambes, de l'affaiblissement, des fourmillements continuels, sans perte d'ailleurs de la sensibilité. Il y avait des troubles de la vue, des tintements d'oreilles, de l'obscurcissement de l'ouïe.

Le 4 juin. Les symptômes se sont successivement amendés sans aucune médication. Aujourd'hui, tous les accidents persistent, mais à un moindre degré. La malade, toujours étourdie, peut à peine marcher et soigner son enfant. Pas de troubles gastriques, pas de fièvre; constipation.

Lavement purgatif.

Le 5. Engourdissements moindres. La malade ne peut cependant pas mettre des épingles.

Le 7. Les engourdissements persistent au même degré.

Le 9. La malade se plaint de douleurs de tête et de pesanteur.

Les mouvements reviennent dans les bras. La malade peut attacher elle-même les épingles de son enfant. Elle marche avec plus de facilité.

Le 12. Notable amendement après le bain. La stupeur est moindre.

Les jours suivants, les accidents disparaissent graduellement. La malade sort guérie le 24 juin.

— Nous nous occuperons plus tard d'apprécier la valeur de quelques symptômes généraux intéressants que nous a offerts la malade dont on vient de lire l'histoire : céphalalgie, vertiges, tintements d'oreilles, obscurcissement de l'ouïe; troubles de la vue. Nous voulons seulement ici signaler l'existence du trismus notée déjà par d'autres observateurs. La rigidité de la langue, la difficulté de ses mouvements, l'impossibilité de s'en servir dans l'articulation des sons, se sont rencontrées à différents degrés chez plusieurs de nos malades, mais rarement jusqu'à ce point. Les efforts pour produire des paroles qui se transformaient en grimaces silencieuses, l'air d'hébétude et d'immobilité de la malade, qui voyait et entendait mal, l'impuissance où la roideur des membres la mettait de soigner son enfant, nous avaient fait penser d'abord qu'elle était frappée de la stupidité la plus complète. Quoique d'une intelligence médiocre, elle put cependant expliquer nettement, quelques jours après, les causes qui l'avaient empêchée de nous donner les renseignements que nous lui demandions.

Nous devons insister sur cette roideur sans contracture qu'elle éprouvait dans les membres supérieurs. C'est souvent, avec les engourdissements, le premier symptôme de la maladie. Lorsque la nouvelle accouchée veut prendre son enfant dans son berceau, elle s'aperçoit que ses mains et ses bras sont roides et lui refusent leur service. Parvient-elle à le saisir, elle ne le sent pas et le laisserait facilement échapper. Mais ces détails trouveront mieux leur place lorsque nous traiterons de la paralysie.

La roideur de la langue s'accompagne parfois d'accidents douloureux bien singuliers. La sensibilité de la membrane muqueuse devient extrême, le moindre contact produit de vives souffrances. Cette altération est-elle inflammatoire ; dépend-elle d'un état névralgique des papilles sensitives ? Nous en chercherons la valeur. On en trouvera un exemple dans l'observation VII.

Les muscles de l'œil subissent, comme ceux des membres, cette contracture passagère. Nous en avons recueilli un fait extrêmement intéressant ; mais, par un hasard bien fâcheux, la feuille de l'observation sur laquelle ces faits étaient consignés

s'est égarée, et nous n'avons pour l'indiquer ici que nos souvenirs, qui ne peuvent avoir le même intérêt. Le strabisme était externe, il s'accompagnait d'une contracture hémiplégique de la face qui donnait à la malade un aspect effrayant. Quoique fort inquiétants, ces accidents n'eurent pas pour cela plus de gravité ; nous croyons, sans pouvoir l'affirmer, que l'état de la pupille était modifié.

Dans d'autres observations, cette hémiplégie faciale spasmodique s'est également montrée. Elle consiste, soit dans une rigidité simple avec dureté notable de la joue, soit dans un spasme véritable avec déformation et entraînement des traits vers le côté malade.

Cette forme hémiplégique nous amène à nous occuper de la manière dont se comporte la contracture soit aux membres, soit dans les autres parties du corps. On l'a vue complétement hémiplégique. Ce fait est fort rare.

Quoique souvent les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs subissent à la fois les mêmes accidents, il arrive fréquemment aussi, comme on l'a vu dans l'observation II, qu'il n'y ait point de communauté parfaite, soit pour la nature, soit pour la gravité des accidents à droite et à gauche. Enfin, on voit plus rarement un seul membre affecté pendant tout le cours de la maladie.

Quelques circonstances peuvent exagérer les accidents. Nous avons vu que, dans cette variété, souvent le toucher occasionnait de vives souffrances : les bains chauds ont eu le même effet chez quelques malades, et les symptômes se sont tellement aggravés qu'il a fallu promptement les en faire sortir.

Lorsque l'on serre, comme pour pratiquer une saignée, l'avant-bras d'un malade affecté de spasme musculaire, et même pendant l'intervalle qui sépare deux accès, ou bien on exagère profondément les douleurs, ou on les fait naître. Les contractures suivent la même marche et prennent la même intensité sous l'influence des mêmes causes.

La pression de la main suffit souvent pour réveiller les phénomènes spasmodiques. La saignée, qui a paru agir heureusement pour amener la curation des accidents, a déterminé quelquefois, dans le moment même où elle était pratiquée, une exacerbation notable. On aurait pu attribuer ce résultat à la striction opérée par la bande, si ces contractures nouvelles s'étaient toujours manifestées dans le bras ; mais, dans l'observation VII, ce sont les membres inférieurs qui en ont été le siége.

Lorsque l'on cherche à ramener à une position différente les

membres convulsés et à vaincre l'effort musculaire, on ne le fait qu'avec une grande difficulté et en produisant de vives douleurs. A peine a-t-on fait abandonner aux parties leur situation première, qu'elles y reviennent dès que l'effort a cessé.

Tels sont les caractères que présente à l'observation, dans son expression locale, la première variété dont nous venons de donner l'histoire. Nous avons négligé d'y faire entrer les rétractions des muscles de la paroi abdominale, de ceux des gouttières vertébrales, que nous n'avons pas observées. Nous n'avons pas vu non plus de convulsions cloniques véritables survenir dans la période d'état de la maladie. Quelques secousses nerveuses légères, fugitives, ne peuvent pas être considérées comme appartenant à cet ordre de phénomènes.

Les symptômes généraux sont loin de répondre par leur intensité à ces accidents locaux. Assez souvent la réaction fébrile est absolument nulle, et presque jamais elle n'est très-intense lorsque des lésions d'une autre nature n'établissent pas une complication.

Dance avait indiqué dans les retours du mouvement fébrile une régularité dont nous chercherons à apprécier la valeur en traitant de la forme intermittente.

Un peu de soif, un peu d'injection et de chaleur de la peau, qui est tantôt sèche, tantôt sudorale, se rencontrent, mais non pas dans tous les cas.

Ce qu'il y a de remarquable, et ce sur quoi nous voulons appuyer, c'est l'absence complète de symptômes cérébraux. Le délire, le coma, n'ont jamais été signalés, et la céphalalgie elle-même est le plus souvent due au transport de la maladie sur les filets nerveux de la cinquième paire. D'ailleurs, elle manque très-souvent, et ne peut, par conséquent, non plus que les autres phénomènes rationnels, être considérée comme appartenant nécessairement et en propre au spasme musculaire. L'absence à peu près constante de toute altération des actes physiologiques de l'encéphale dans le cours d'une affection qui pourrait sembler, au premier abord, être tout entière sous sa dépendance, est un fait remarquable et qui a été noté par tous les observateurs.

De la Berge avait fort justement fait cette remarque : les vertiges, les éblouissements, que d'ailleurs on verra quelquefois signalés dans nos observations, ne pouvaient être considérés comme des preuves de l'action du cerveau dans la production des rétractions musculaires, puisque celles-ci pouvaient exister au même degré sans que le cerveau parût y prendre part.

Nous ne nions pas toutefois que les centres nerveux ne puissent

être légèrement influencés dans le cours des accidents ; nous en dirons plus tard notre sentiment.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *Recherches sur l'origine de la surdi-mutité ;* par M. P. Menière, médecin de l'Institut royal des sourds-muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite : *voir* t. III, mars 1846, p. 27.)

(Gazette médicale de Paris, N° 13, 1846.)

La question d'hérédité se présente toujours quand il s'agit de l'étiologie des affections générales, des cachexies et autres altérations profondes de l'organisme. On sait combien il est difficile d'apprécier les causes qui exercent une influence notable sur l'espèce, et tout ce qu'il y a de gratuit et de banal dans les assertions des auteurs sur ce point. Cependant il faut bien reconnaître que certaines constitutions morbides sont héréditaires, que souvent le caractère physique du père se transmet aux enfants, et que les mêmes maladies affectent beaucoup de personnes de la même famille. Que cela soit une conséquence nécessaire de l'organisation des individus, ou le résultat de l'exposition aux mêmes influences extérieures ; qu'il y ait hérédité directe ou simplement similitude organique par suite de la même modification locale ou générale, toujours est-il que ces ressemblances pathologiques sont chose commune, et que l'on ne peut négliger d'en tenir compte dans toute bonne pratique médicale. Or, cela étant, peut-on appliquer ces données à l'étiologie de la surdi-mutité ? peut-on dire que telle disposition morbide du père ou de la mère entraînera la perte primitive de l'ouïe chez l'enfant ? Cette assertion paraîtrait sans doute hardie jusqu'à la témérité ; mais si l'on ne peut, dans cette affaire, appliquer le principe *post hoc, ergò propter hoc*, il y a une autre manière de procéder, et qui conduit au but d'une manière aproximative.

On ne peut pas dire aujourd'hui que tous les enfants nés sourds-muets doivent le jour à des parents entendant et parlant. Il n'y a pas longtemps que l'on a recueilli les premiers faits en contradiction avec ce principe, et l'on a pu constater un certain nombre de fois l'hérédité directe et immédiate de la surdi-mutité. On doit dire cependant que ces faits constituent une rare exception, et qu'habituellement, dans l'immense majorité des cas, les sourds-muets mariés à des sourdes-muettes ont des enfants qui entendent et qui parlent. Cela est vrai à plus forte

raison quand le mariage est mixte, c'est-à-dire quand l'un des époux seul est sourd-muet; et cependant, même dans cette occurrence, il y a des exemples d'hérédité bien avérée. Quoi qu'il en soit, on peut regarder comme infiniment probable qu'un mariage entre sourds-muets, ou entre un sourd-muet et un individu entendant, donnera lieu à des enfants entendant; et ici, comme on le voit, l'hérédité est tout à fait exceptionnelle. Mais existe-t-il des conditions organiques appréciables qui paraissent avoir pour conséquence la perte de l'ouïe chez les enfants, ou, en d'autres termes, trouve-t-on des familles chez lesquelles la naissance d'un sourd-muet paraisse sinon certaine, du moins très-probable? Ce que nous avons dit de quelques localités du canton de Berne semble répondre affirmativement à cette question; et je crois qu'un médecin attentif, placé au milieu de ces tristes populations et au courant de leurs habitudes, arriverait promptement à reconnaître les signes indicateurs de cette anomalie de l'organisation. Des parents notoirement scrofuleux, mariés très-jeunes ou dans des rapports d'âge comme ceux que j'ai indiqués plus haut, ensevelis vivants dans ces tristes chalets où le soleil ne pénètre pas, où l'air ne se renouvelle jamais qu'incomplétement, où l'on ignore les premières lois de l'hygiène, ceux-là, en effet, me semblent constituer une grande prédisposition aux infirmités congénitales, et doivent compter quelques sourds-muets dans leurs descendants. Evidemment cela est ainsi, et sans attacher plus d'importance qu'il ne convient à des faits de cette nature, on ne peut refuser d'admettre un rapprochement qui paraît aussi simple.

Ainsi donc il y a des conditions d'habitation, de régime, de constitution personnelle qui favorisent le développement de la surdi-mutité. Il n'est pas douteux que des sourds-muets naissent de familles qui ne présentent aucune de ces particularités; mais les faits négatifs n'infirment pas la valeur de ceux que nous avons indiqués : tout au plus peut-on conclure de ceux-ci que cette infirmité dépend de causes diverses qu'on n'a pas encore reconnues, et que de nouvelles investigations mettront en lumière. En attendant, nous possédons assez de renseignements sur cette partie de la question pour établir que la surdi-mutité est héréditaire, ou du moins qu'elle est une conséquence directe d'un état pathologique spécial des parents. Cette assertion sera combattue, je n'en doute pas; mais elle me semble utile à produire : je la livre à l'examen de toutes les personnes en mesure d'en vérifier l'exactitude. Je désire que l'on recueille avec soin des observations capables de la corroborer ou de la détruire. Il importe beaucoup

que les chefs d'institution de sourds-muets prennent les renseignements les plus circonstanciés sur les enfants qui leur sont confiés. Ce travail a précisément pour but d'éveiller l'attention des directeurs de ces sortes d'établissements, des médecins qui y sont attachés, et de toutes les personnes qui ont le désir de perfectionner l'instruction et le bien-être des malheureux sourds-muets.

Mais il faut que ces recherches soient faites avec méthode. Il importe que l'on interroge avec soin non-seulement la parenté directe, mais encore toutes les personnes en état de fournir quelque renseignement utile sur le compte de l'enfant. On devra se livrer dans ce cas à une véritable enquête, ne négliger aucun point de cette question obscure, recueillir par écrit les réponses faites, et consigner ainsi tous les éléments d'une histoire complète de chaque sourd-muet. Une observation rédigée avec soin, dans la forme convenable, et contenant tout ce qui est nécessaire de savoir en pareil cas, devient un document précieux pour la science, et en le multipliant, on travaille efficacement à la solution de ce grand problème. C'est seulement en suivant cette voie que l'on parviendra à sortir des généralités et à remplacer les à peu près par des certitudes.

Il est évident que cette enquête ne peut être faite, dans la plupart des cas, que par un médecin. L'homme de l'art possède seul les connaissances nécessaires pour apprécier une multitude de faits qui se présentent dans cette circonstance. Tout ce qui tient à la constatation du tempérament de l'enfant et de ses parents, à l'état de ses divers organes, à sa constitution primitive ou acquise, aux maladies héréditaires dans la famille, ou endémiques dans son pays natal, tout ce qui se rapporte aux phénomènes de la grossesse et aux accidents de l'accouchement de la mère : tout cela et beaucoup d'autres choses sont du ressort du médecin et ne peuvent être appréciées avec exactitude que par lui. Il faut donc son intervention dans cette affaire, et l'importance des résultats obtenus se mesurera à l'exactitude des renseignements fournis, à la précision des déductions logiques qui en seront tirées, à la justesse des aperçus et à la fécondité des rapprochements. A part ces mérites tout à fait individuels, il doit y avoir, dans ces procès-verbaux d'enquête, des indications précises sur beaucoup de points importants qu'une attention ordinaire suffira pour mettre en évidence. Je vais essayer de tracer la marche à suivre pour arriver au but.

Après les questions sur l'âge, le sexe, le nombre d'enfants de la même famille, sur l'ordre de naissance du sourd-muet observé,

sur le nombre de garçons et de filles, etc., etc., on devra chercher à savoir d'abord si la surdi-mutité est congénitale ou accidentelle. Ce premier point est difficile à établir, et trop souvent les parents eux-mêmes ne savent à quoi s'en tenir sur ce fait capital. Beaucoup d'enfants, confiés à des nourrices, sont abandonnés de la façon la plus déplorable : entourés de gens ignorants autant qu'inattentifs, personne ne prend garde aux divers phénomènes qui accompagnent l'évolution des premières dents, à l'apparition régulière ou à la suppression brusque des diverses exanthèmes qui sont si communs dans les premières années ; on ne remarque ni les mouvements convulsifs passagers, ni les fièvres dites cérébrales, accompagnées de vomissements continuels, de cris aigus, d'une grande agitation suivie d'assoupissement ; de sorte qu'il est presque impossible d'obtenir sur tout cela des renseignements de quelque valeur. Et quand vient l'époque où les enfants commencent à prendre part à la vie de famille, à donner des signes d'intelligence, à comprendre ce qu'on leur dit, on considère comme un simple retard de développement intellectuel la nullité qui résulte du défaut d'audition ; il faut souvent beaucoup de temps et un concours particulier de circonstances pour que l'on reconnaisse la surdité comme cause de ce retard. Ces faits se renouvellent journellement sous mes yeux, et il s'en faut de beaucoup que l'on ne les observe que chez les parents pauvres et ignorants. Les familles les plus distinguées sont souvent dans le même cas, et la plupart des questions du médecin restent sans réponse. On ne doit pas se laisser rebuter par ces premières difficultés. Cette enquête doit être conduite avec une persévérance à toute épreuve ; il faut solliciter des éclaircissements, provoquer des souvenirs, s'adresser à toutes les personnes qui ont entouré l'enfant, et presque toujours ces efforts amèneront des découvertes de la plus grande utilité. Trop souvent, en effet, les parents ne tiennent aucun compte d'une maladie qui n'a pas duré longtemps, dont les suites appréciables ont semblé insignifiantes, et qui cependant a eu pour conséquence évidente la perte complète de l'ouïe. Les affections convulsives sont celles qui exercent le plus ordinairement cette fâcheuse influence, et je l'ai constaté sur plus des deux tiers des sourds-muets qu'il m'a été donné d'examiner.

Lorsque des recherches bien dirigées ont amené la certitude que l'enfant n'a jamais entendu, il faut alors remonter à la cause originelle de la surdité, et ce sont les parents qu'il faut interroger avec soin. On tiendra compte de leur âge, de l'époque de leur mariage, du degré de parenté qui peut exister entre eux, et

de toutes les conditions de localité dont j'ai parlé plus haut. On s'informera avec soin de la santé des ascendants, des maladies habituelles de la famille, des infirmités qui s'y rencontrent, de la santé publique dans le lieu qu'elle habite, en un mot, on tiendra une note exacte et rigoureuse de tous les renseignements capables d'éclairer ce fait de surdi-mutité congénitale. On ne peut nier qu'il n'en existe d'isolés, de primitifs, et sans liaison appréciable avec les antécédents; mais ceux-là sont les plus rares, et j'ai l'espoir que des investigations plus profondes feront découvrir des rapports nouveaux entre cette imperfection organique et des causes dont on ne s'est pas occupé jusqu'ici. A mesure que l'on connaîtra mieux toutes les conditions physiques qui ont précédé l'apparition de ce phénomène pathologique, on pourra espérer de rencontrer la cause originelle de cette infirmité. On notera des coïncidences que l'on continuera sans doute de regarder comme fortuites, et qui, constatées un certain nombre de fois, deviendront plus importantes en raison de leur plus grande fréquence, et plus tard finiront par être considérées comme une loi de rapprochement corrélatif. Quelques pas faits dans cette voie avec prudence et fermeté me semblent devoir conduire à des résultats inattendus, et l'on ne doit rien négliger pour y arriver.

La surdi-mutité congénitale dépend quelquefois d'un vice de conformation de l'oreille, et, dans ce cas, c'est un arrêt de développement, une aberration organique dont il faut chercher l'explication dans les lois indiquées par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. J'ai consigné plusieurs faits de ce genre, et les auteurs en rapportent de fort remarquables. Dans beaucoup d'autres dissections faites avec le plus grand soin, je n'ai trouvé aucune lésion appréciable des parties constituantes de l'oreille, et l'on peut croire que la surdité dépendait d'une altération du système nerveux. Mais de quelle nature est cette maladie? Diffère-t-elle de celle que l'on observe chez les sourds-muets que quelques convulsions ont privés de l'ouïe dans les premières années de leur existence, et chez lesquels on constate également une absence complète de lésions organiques appréciables? Je crois ces maladies tout à fait identiques. Je pense que le fœtus est sujet à beaucoup d'accidents pendant la durée de la gestation, que les affections convulsives sont surtout capables de rendre compte de la plupart des infirmités appelées congénitales, et qu'une observation plus attentive en fera reconnaître la cause. Déjà beaucoup de maladies de ce genre sont considérées à juste titre comme la conséquence d'un état pathologique développé chez l'embryon; mais ces états pathologiques, encore peu nombreux,

le deviendront davantage à mesure que l'attention se portera vers ce point intéressant. Il est permis de penser que la surdi-mutité rentrera dans la règle commune, et qu'on pourra la rattacher à quelques désordres dont on retrouvera les caractères distinctifs.

On voit combien il importe d'interroger avec soin les parents des sourds-muets. Les mères, on le sait, sont d'ordinaire trop disposées à attribuer l'infirmité de leurs enfants à des accidents sans portée, à des opinions sans fondement, à des causes imaginaires. Il appartient au médecin d'apprécier à leur juste valeur ces souvenirs notés après coup, ces rapprochements forcés, et de discerner ce qui vaut la peine d'être cité. Entre la crédulité vulgaire et le scepticisme de beaucoup de gens éclairés, il y a une bonne place pour l'esprit d'examen, et c'est ce dernier qui peut seul conduire aux éclaircissements que la science réclame. J'avoue qu'en pareille matière il est difficile d'y voir clair. Les expériences probantes sont rares : il faut une grande réserve dans l'appréciation des faits ; mais encore est-il nécessaire de rechercher ces faits, de les recueillir, d'en étudier scrupuleusement toutes les circonstances ; et c'est sur ce point que nous insistons avec le plus de persévérance. Quand des registres bien tenus offriront une histoire exacte et détaillée de tous les cas de surdi-mutité qui se rencontrent dans les Instituts spéciaux ; quand on aura noté avec soin tous les renseignements fournis par les parents, il deviendra promptement possible de se livrer avec fruit à l'appréciation des causes les plus ordinaires de cette infirmité. On saura très-positivement quels sont les pays où elle est plus commune, si certaines races d'hommes en sont plus souvent atteintes que d'autres, si quelques localités renferment des conditions spéciales qui en favorisent le développement, et, par suite, quelles sont ces conditions. Si déjà, du simple rapprochement d'un certain nombre de documents individuels fournis par les instituteurs hollandais, suisses et italiens, on peut tirer quelques conclusions utiles, que sera-ce donc quand ces recherches auront été instituées d'après une règle commune, uniforme, et répondront à tous les *desiderata* de cette science encore obscure ?

C'est pour cela que nous engageons les instituteurs à adopter notre projet. Nous avons signalé les divers points sur lesquels il importe le plus de diriger les recherches, et démontré la nécessité de confier à un médecin instruit et zélé le soin de recueillir et d'apprécier les renseignements. Le temps et l'expérience indiqueront, nous n'en doutons pas, de nouveaux points de vue ; le

travail enfante le progrès, et le temps n'est pas loin peut-être où ces communs efforts, couronnés de succès, attireront l'attention du gouvernement sur cette nombreuse classe d'infortunés. Le public, éclairé sur des besoins urgents, secondera les chefs des institutions spéciales; on signalera à l'envi tous les faits capables de résoudre cette grave question, et les sourds-muets, mieux connus, mieux appréciés, seront l'objet d'un intérêt général, et recevront tous le bienfait de l'éducation.

Voici l'indication sommaire des questions que l'on doit adresser aux personnes qui entourent le sourd-muet, parents, amis, nourrices, au médecin qui soigne habituellement la famille, à l'accoucheur, en un mot, à tous ceux qui peuvent fournir des renseignements exacts sur les choses qu'il importe de connaître.

1° Les noms et prénoms de l'enfant, de son père et de sa mère, son sexe, son âge, le nombre de ses frères et sœurs, le numéro d'ordre qu'il occupe dans la série des enfants du même père et de la même mère.

2° Existe-t-il des sourds-muets dans la famille? en quel nombre, de quel sexe, aînés ou puînés? en existe-t-il dans d'autres branches de la même famille, parmi les ascendants? et spécifier avec exactitude le degré de parenté avec le père et la mère du sourd-muet, ou avec le sourd-muet lui-même. A-t-on observé, parmi les frères et sœurs du sourd-muet, des cas d'idiotie plus ou moins complète? s'en trouve-t-il dans la même famille à quelque degré que ce soit? Le développement intellectuel des enfants est-il précoce ou tardif? parlent-ils de bonne heure, facilement, ou bien sont-ils affectés de quelque imperfection de la parole?

3° La naissance du sourd-muet n'a-t-elle été signalée par aucun phénomène particulier, un accouchement très-laborieux, l'application du forceps avec blessure du crâne, des convulsions en naissant, ou une asphyxie considérable? La mère a-t-elle éprouvé des accidents convulsifs lors de l'accouchement ou pendant le cours de la grossesse? a-t-elle fait plusieurs fausses couches, et peut-on indiquer la cause probable de ces sortes d'accidents? enfin, n'a-t-elle été affectée d'aucune maladie grave, spontanée ou communiquée, qui ait pu exercer une influence fâcheuse sur le produit de la conception?

4° Quel est l'âge du père et de la mère? à quel âge se sont-ils mariés? à quel âge sont nés les enfants issus de ce mariage, et surtout à quel âge est venu le sourd-muet? Dans la famille, les mariages sont-ils habituellement précoces, et quelle est leur fécondité? Noter avec soin les vices de conformation et autres

imperfections congénitales existant dans la famille ; indiquer s'il y a eu beaucoup de décès parmi ces enfants et à quelle cause ils ont été attribués ; à quel âge ils sont survenus ; enfin tout ce qui intéresse la santé générale du groupe d'individus composant cette même famille.

5° Le père et la mère du sourd-muet sont-ils parents, à quel degré ? indiquer exactement si c'est du côté paternel ou du côté maternel ; rechercher s'il y a eu plusieurs alliances entre les membres de la même famille, si elle habite la même localité depuis longues années, si elle est très-nombreuse, si elle est saine, robuste ou faible ; quelle prédominance organique la caractérise, quel est son développement intellectuel, quelle est sa profession la plus ordinaire, son genre de vie, ses habitudes héréditaires ou autres ; enfin ne négliger aucun des renseignements capables de conduire à une appréciation rigoureuse de la valeur physique et morale de la race d'où provient le sourd-muet que l'on examine. Tenir compte des ressemblances de physionomie ou de caractère avec des parents affectés de certaines maladies nerveuses ; indiquer la constitution, le tempérament de l'enfant, et rechercher si ces dispositions intimes se rapportent à quelque vice héréditaire déjà signalé par des effets sensibles chez les ascendants.

6° La surdi-mutité est-elle congénitale ? à quel âge a-t-on commencé à s'en apercevoir ? quels sont les signes qui ont fourni les premiers indices de cette infirmité ? L'enfant a-t-il marché de bonne heure ? l'évolution des dents s'est-elle faite régulièrement, promptement ? est-il survenu quelque maladie capable d'expliquer le retard de l'intelligence ou de la parole ?

7° Dans le cas où l'on croit être certain que l'enfant a entendu, il importe extrêmement d'examiner sur quels faits est basée cette opinion. La plupart des expériences sur lesquelles on se fonde en pareil cas sont dénuées de valeur : ainsi l'explosion d'une arme à feu cause une secousse générale qui n'est pas de l'audition, un coup frappé par terre, une porte que l'on ferme brusquement, le plus léger choc contre le lit où repose l'enfant, le réveillent, le font crier, et l'on croit qu'il a entendu, tandis qu'il a tout simplement senti l'ébranlement des corps qui l'environnent. Il faut beaucoup d'attention et de sagacité pour découvrir la vérité en pareil cas ; il faut des épreuves nombreuses et variées pour obtenir un résultat de quelque valeur, et peu de personnes sont capables de donner une démonstration précise et rigoureuse du fait que chacun affirme avec légèreté et sans preuves décisives.

8° Si l'audition a été évidente, que la parole régulière en ait été la conséquence, la surdité complète arrivée plus tard résulte toujours d'une maladie qu'il s'agit de déterminer. Les affections convulsives de l'enfance sont la cause la plus commune et sans contredit la plus efficace de cette abolition de l'ouïe, et l'on doit s'informer avec soin de la nature de la maladie, de sa durée, de sa gravité ; il faut tâcher de reconnaître si les symptômes nerveux dépendaient d'une méningite aiguë, d'une encéphalite avec épanchement ventriculaire, ou de la présence de tubercules dans la pie-mère ou dans la substance cérébrale ; il importe également de savoir s'il ne s'est point agi d'une épilepsie qui a disparu plus tard ou qui persiste encore. Après les maladies convulsives, viennent, dans l'ordre de fréquence, les affections cutanées, les exanthèmes, et plus particulièrement la scarlatine et la rougeole ; mais alors ces maladies ont entraîné la perte de l'ouïe en détruisant l'organe auditif, en produisant une otite interne avec perforation du tympan, destruction des osselets et lésion primitive ou consécutive du labyrinthe. Ici se montrent des caractères anatomiques de la lésion, et avec une attention suffisante on pourra les connaître et les décrire.

9° Quant à la surdité complète qui survient plus tard chez des enfants de 7 à 12 ans et même au delà, et qui a pour résultat l'altération successive de la parole et sa perte plus ou moins complète, elle résulte le plus souvent de la méningite qui complique beaucoup de fièvres typhoïdes. Je possède un assez grand nombre de faits de ce genre pour pouvoir publier bientôt un chapitre complémentaire de cette maladie. Je ferai voir quelles sont assez souvent les suites de l'affection typhoïde, quels troubles profonds se manifestent dans certaines parties du système nerveux, et combien il importe d'en tenir compte dans le pronostic de cette maladie. Il y a encore une autre cause dont les conséquences ne sont pas moins graves, mais dont le mode d'action est plus difficile à expliquer. L'exposition plus ou moins prolongée à un vent froid, un refroidissement considérable de la tête, celle-ci étant humide de sueur, produisent quelquefois instantanément une surdité complète et qui devient permanente. Ce phénomène, que l'on observe fréquemment sur une seule oreille, envahit quelquefois les deux, et si le sujet est jeune, le réduit aux conditions de la surdi-mutité consécutive.

10° On ne négligera pas de recueillir des notes détaillées sur le lieu de naissance du sourd-muet, sur les maladies qu'on y observe habituellement, sur les affections épidémiques qui y ont régné, en un mot sur tout ce qui se rapporte à l'hygiène générale

de la contrée, On devra également demander si l'on y a déjà signalé d'autres cas de surdi-mutité, en quel nombre, dans quelles conditions de famille, et avec tous les détails contenus dans le paragraphe n° 2.

Il serait facile de multiplier ces éléments d'une enquête médicale aussi scrupuleuse qu'instructive; ce qui précède suffira pour révéler aux bons observateurs toutes les conséquences qu'on peut attendre de ces recherches. Il n'est aucun des points précédemment indiqués qui ne se soit présenté dans l'histoire des deux cents sourds-muets que j'ai examinés et dont j'ai pu interroger les parents. Lorsque ces bases d'examen auront été adoptées dans les institutions spéciales, et que les médecins de ces établissements auront grossi le nombre des faits étudiés dans cet esprit, je me crois autorisé à penser que la plupart des obscurités que l'on rencontre encore sur cette matière disparaîtront peu à peu, et feront place à des données positives et satisfaisantes sur l'étiologie de la surdi-mutité.

---

THÉRAPEUTIQUE. — 8. *Sur le traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous la forme emplastique.*

(Gazette médicale de Paris, N° 15, 1846.)

Que les hommes aient cherché à se prémunir contre un fléau aussi redoutable que la petite vérole, rien de plus naturel; mais comment, entre tant de maladies presque également graves se sont-ils attachés à celle-là plutôt qu'à la peste, au typhus, à la rougeole, à la scarlatine, etc.? Je ne vois de cette préférence d'autre raison que la certitude du danger. Tantôt on s'empresse d'aller au-devant de la variole et de se la donner artificiellement, comme pour se la rendre favorable par cette espèce de condescendance; tantôt on lui donne le change, et la vaccine se présente comme une espèce de compensation; tantôt enfin on la laisse venir; mais à peine a-t-elle paru qu'on s'applique à la mutiler et à lui ravir sa manifestation extérieure, en supprimant l'éruption.

Ces divers procédés, imaginés pour tromper en quelque sorte la variole, ne sont pas nés dans l'ordre où ils sont présentés. Si l'on s'en rapporte aux mémoires des missionnaires français sur la civilisation des Chinois, l'inoculation était pratiquée en Chine longtemps avant l'ère chrétienne. L'Europe la reçut des mains de lady Montagu, en 1721. La vaccine est encore plus récente : Jenner en fit présent au monde en 1789. L'idée de pre-

venir l'eruption ou d'en trancher brusquement le cours à son apparition est la plus ancienne parmi nous. C'est une idée européenne et toute française. Il est vrai que la nature nous avait donné l'exemple de cette pratique en faisant des varioles sans éruption. Il n'y a pas d'épidémie qui ne nous offre des faits de ce genre ; mais l'esprit humain n'est pas toujours également attentif aux leçons de la nature. Les découvertes les plus simples sont souvent celles dont il s'avise le plus tard, précisément parce qu'elles sont le plus près de lui.

Je ne sais jusqu'où l'érudition pourrait faire remonter l'idée d'étouffer la variole naissante ; mais nulle part, que je sache, elle n'est plus nettement exprimée que dans Baillou.

« Etenim dùm quædam tempestas sæviret pustularum ferox, « aborti sunt tumores et dolores in variolis quæ pueros necabant « corruptis partibus solidis. Itaque in eam itum est sententiam, « ut emplastrum de Vigo cum mercurio applicaretur ; aliis litus « levis ex hydrargyro fieret ; mirum in modum in remedii profe- « cit ; id quod non negligi debet. » (Page 192.)

Baillou avait donc entrevu ou plutôt il avait proclamé les heureux effets des préparations mercurielles dans le traitement abortif de la variole. Or Baillou écrivait en 1579. Cependant un élève de M. Serres, qui, pour mieux accréditer la pratique de son maître, s'est plu à en rechercher les traces dans l'histoire, M. le docteur Gariel place Baillou après Willis, Juncker, Fr. Hoffmann, anachronisme que je ne relèverais pas si j'avais moins à cœur la gloire de la médecine française. Il est évident que M. Gariel a pris la date de l'édition de Baillou publiée par Tronchin en 1762 pour l'année où Baillou écrivait. Il y a près de deux siècles entre l'auteur et l'éditeur.

Malgré des paroles si explicites, Baillou ne fut pas entendu. Cependant l'espoir d'ôter à la variole la plus grande partie de ses dangers en lui ôtant l'éruption, cet espoir n'a jamais été abandonné.

Au jugement de Sydenham, Boerhaave, Lobb, ce qu'il y a de plus caractéristique dans la variole, l'éruption, est pourtant ce qu'il y a de moins essentiel. Telle était leur conviction à cet égard, qu'ils avaient conçu la pensée de la supprimer, et ils osèrent le tenter. Depuis lors, il s'est toujours trouvé des médecins qui sont entrés dans les mêmes vues ; mais chacun voulait atteindre le même but par des moyens de son choix.

Il fut un temps où l'on gorgeait les varioleux de vin et d'autres excitants, sous prétexte de pousser les pustules à la peau : la vérité est qu'on y réussissait trop bien.

En réformant le traitement de la variole, Sydenham en changea, pour ainsi dire, le génie.

Ses successeurs ne se contentèrent pas d'imiter sa sage pratique; on voulut renchérir sur lui, comme c'est l'ordinaire aux imitateurs, et on prodigua la saignée.

On espérait qu'avec la saignée on étoufferait la variole à son apparition, qu'on l'userait à son apogée.

Telle était la prétention de Chirac. Le temps où vivait cet archiatre est une époque mémorable dans l'histoire de la petite vérole. C'était au milieu du dix-huitième siècle. Les médecins étaient divisés en deux camps : d'un côté étaient les dogmatiques; de l'autre les empiriques. Chirac, le fougueux Chirac, était à la tête des premiers. Personne n'a porté plus loin le fanatisme de la théorie. Il faut voir avec quel superbe dédain il traite tout ce qui ne pense pas comme lui, anciens et modernes. A l'entendre, tout ce qu'il y a de bon dans Hippocrate, Galien et leurs successeurs, se déduit facilement des principes exposés dans ses ouvrages. Et ces principes, quels sont-ils? Ce sont les fausses conséquences de la grande découverte d'Harvey.

Chirac ne parle que de la liberté de la circulation et de l'engorgement des vaisseaux; il n'est point de maladie qu'on ne guérisse en rendant au sang son libre cours, il n'y en a pas qu'on n'eût prévenue si on avait empêché l'épaississement des liquides.

Voilà sur quels principes Chirac prodiguait la saignée pour étouffer la variole naissante.

Malheureusement Chirac, avant d'être médecin du roi à la place de Dodart, l'avait été pendant treize ans du régent, source alors de toutes les grâces. Les confrères qui voulaient lui plaire imitaient sa pratique; on sait qu'il n'est pas d'hommage plus doux au cœur d'un chef d'école. Silva se jeta dans le système de Chirac avec toute l'ardeur de son caractère. C'est lui, c'est Silva qui disait « qu'il assujettirait la petite vérole à ses principes ou « qu'il l'accoutumerait à la saignée. »

Vain espoir! langage ridicule! La petite vérole se joua de la théorie de Silva, et n'obéit pas à la saignée.

Cependant, je le répète, les médecins croyaient toujours à la possibilité de dompter la variole et de l'arrêter brusquement. En 1762, une année avant l'arrêt lancé par le parlement de Paris, non pas contre l'inoculation, comme on l'a dit, mais contre l'imprudent usage de la pratiquer dans l'enceinte des villes, en 1762, le docteur Moublet annonça qu'il faisait avorter la petite vérole à volonté par le seul emploi des émétiques et des purgatifs.

Cette doctrine se répandit bientôt au point de préoccuper les sociétés savantes.

En 1774, la Faculté de médecine de Paris mit cette question au concours : « La petite vérole étant déclarée, y a-t-il quelque « moyen d'enlever l'activité de son venin? » Lamétrie, renouvelant la pratique de Chirac et de Silva, proposa les saignées répétées ; Moublet insista sur les évacuants des premières voies.

D'autres cherchèrent dans l'action du froid le moyen de changer la forme extérieure de la variole. L'éloquent défenseur de l'inoculation, La Condamine, raconte que deux sœurs, âgées de 14 à 15 ans, sentirent en même temps les atteintes de la petite vérole qu'elles craignaient beaucoup. Le médecin leur promit qu'elles n'en seraient pas marquées : c'est ce qu'elles voulaient. Il les fit mettre au lit et couvrir extraordinairement jusqu'au cou ; il fit approcher le lit de la fenêtre qu'il ordonna de laisser ouverte pendant le temps de l'éruption. Elles eurent un grand nombre de boutons depuis les pieds jusqu'à la gorge, et peu ou point au visage.

Une grande dame du même temps, célèbre par sa beauté, attaquée de la petite vérole, déclara bien sincèrement qu'elle aimerait mieux mourir que d'en être marquée. Quelqu'un lui dit qu'il y avait un moyen de ne l'être pas, sans lui dissimuler que ce moyen était fort dangereux ; elle n'hésita pas à l'embrasser. L'éruption était avancée ; on était dans l'arrière-saison : elle alla se promener dans son jardin en s'exposant à l'air froid. La petite vérole rentra. La malade fut traitée en conséquence et beaucoup purgée ; elle fut très-mal, mais elle en réchappa et ne fut pas marquée.

A la vérité, La Condamine raconte ces faits pour montrer que les pustules ne sont pas nécessaires à la petite vérole ; mais les mêmes faits contiennent souvent plus d'un enseignement.

On vient de voir ce que peut le froid pour réprimer les pustules varioleuses ; l'obscurité agit absolument dans le même sens. M. Serres a fait à cet égard les observations les plus intéressantes. En 1818 et 1819, il déplaça ses varioleux, et les fit porter dans les salles basses de l'hospice de la Pitié, espèces de caves froides, humides et obscures. Qu'avint-il de cette expérience? On vit les varioles les plus confluentes et la mortalité diminuer sensiblement.

Quelque temps après, l'administration des hôpitaux tira les varioleux de ces souterrains et les fit placer dans des salles hautes, bien éclairées et bien aérées. Si l'influence du froid et de l'obscurité est telle que nous le disons, la variole dut nécessaire-

ment s'aggraver dans cette nouvelle position ; c'est aussi ce qui arriva. Ainsi rien ne manque à la démonstration.

La propriété contagieuse de la petite vérole l'a fait comparer aux plantes, et cette comparaison est plus juste qu'on ne le croit peut-être. Non-seulement la petite vérole naît de semence et produit, avant de s'éteindre, un germe capable de la reproduire, mais tout ce qui favorise la plante favorise la petite vérole, et réciproquement tout ce qui contrarie la plante contrarie la petite vérole. Ainsi, le choix de la semence, le choix du sol, telles sont les premières conditions d'une belle végétation et d'une belle variole.

La seule différence est dans la nature du sol qui reçoit les deux semences. La plante couve et germe dans la terre, la variole couve et germe dans le tissu de la peau ; du reste, végétation des deux parts. De même que la plante, la pustule varioleuse grandit et prospère au grand jour et à la chaleur, elle languit et s'étiole privée d'air et de lumière. Il n'est pas jusqu'aux moyens employés pour fertiliser le sol qui ne puissent entrer dans le parallèle ; seulement l'engrais n'est pas le même : là ce sont des résidus excrémentitiels ou des débris de végétaux ; ici c'est le vin, l'alcool, et tous les échauffants administrés à l'intérieur ou appliqués à l'extérieur.

Si je m'étends sur ce rapprochement, ce n'est pas par un vain jeu de l'esprit, c'est que rien ne me paraît plus propre à donner une juste idée de la variole et à faire comprendre le traitement abortif qui nous occupe.

Si en effet il y a des conditions favorables à la *pustulation*, qu'on me passe l'expression, n'est-il pas évident qu'en changeant ces conditions on retiendra les pustules, de même qu'on retient la végétation en lui retirant la chaleur, l'air et tout ce qui la fait prospérer ?

Néanmoins Bordeu comprenait si peu cette méthode, qu'il comparait les médecins qui portaient l'enthousiasme de leur art jusqu'à lui demander les moyens de faire avorter la variole, à ceux qui voudraient arrêter les progrès de l'âge et entretenir une jeunesse éternelle.

Mais il est juste de dire que quand Bordeu parlait ainsi il avait en vue l'abus de la saignée, le seul moyen employé à cet usage.

Il est encore vrai que, dans ce temps, on voulait atteindre les pustules en modifiant l'économie tout entière, et on comprend les conséquences d'une révolution si profonde et si générale. Les sages conseils de Baillou étaient oubliés ; Zimmermann y fut ra-

mené par hasard près de deux siècles après : c'était vers 1764 ou 1765. « Une dame, dit-il, ayant porté, pour de bonnes raisons, un emplâtre de Vigo sur certaines parties du corps, eut, après une salivation, la petite vérole. Or tout le corps fut couvert d'éruption, excepté l'endroit qui était défendu par l'emplâtre. Habile à saisir les faveurs de la fortune, Roseen couvrit le visage d'un de ses malades avec un emplâtre mercuriel, et la petite vérole se montra partout, excepté sous l'emplâtre. Hervy Sulzer répéta la même expérience avec le même succès.

Vous croyez peut-être que le traitement abortif est retrouvé! ne vous hâtez pas de conclure. Ce traitement se perd encore une fois, tant les pratiques utiles ont quelquefois de peine à se faire accepter et à s'établir.

A la vérité, lorsque Zimmermann faisait ses observations, l'inoculation était dans toute sa faveur, et l'excellence de cette méthode devait faire voir avec indifférence toutes les autres.

Cette indifférence ne put que s'accroître à l'avénement de la vaccine. On crut sans doute qu'il était inutile d'éprouver des traitements nouveaux contre une maladie dont on possédait le préservatif. Illusion bien naturelle dans le premier enthousiasme d'une si grande découverte!

Mais aujourd'hui, après cinquante ans d'expérience, l'illusion n'est plus permise. Quand même la vaccine aurait toute la puissance que lui reconnaissaient les premiers vaccinateurs, il se trouvera toujours des parents qui, par préjugé ou par négligence, laisseront un libre accès à la variole. Cette certitude rend au traitement abortif tout son prix.

Ce traitement dont nous venons de dire les vicissitudes, deux médecins, également distingués, l'ont tiré de l'oubli presque en même temps. M. Serres fait remonter ses expériences en 1816; celles de M. Bretonneau ne sont que de 1820, de l'aveu même de M. Charcellay, son élève. Mais je ne prononce pas entre eux, j'aime mieux croire que, sans se communiquer, le génie médical les a conduits à la même pratique.

Au reste, longtemps avant les célébrités que je viens de citer, Jenner avait cautérisé les pustules vaccinales pour en arrêter l'inflammation qui était vive aux premiers jours de la découverte.

Mais je crois rendre hommage à la vérité en déclarant que ni M. Serres ni M. Bretonneau ne conservaient aucun souvenir ni des paroles de Baillou et de Zimmermann, ni de la pratique de Jenner. Et quand j'ai dit qu'ils avaient fait revivre le traitement abortif, je me suis trompé : il y a, en effet, plus de création que de réminiscence dans leurs écrits.

Outre les caustiques, l'art possède d'autres moyens de faire avorter les pustules varioleuses : tel est, entre autres, le mercure et ses préparations.

C'est encore M. Serres qui nous ouvre ici la voie. Il est fâcheux qu'il n'ait pas pris la peine de nous faire connaître lui-même ses nouvelles expériences. Nous n'avons de lui que ses premiers essais sur la cautérisation : ils sont insérés dans les *Archives générales de Médecine pour l'année* 1818. Il n'a rien dit encore, que je sache, des effets des préparations mercurielles : on peut regretter ce silence ; mais il serait injuste de l'interpréter contre la méthode elle-même. Au reste, si le maître, trop peu soucieux de sa gloire, s'est abstenu, ses élèves ont parlé. Il en est même dont M. Serres a dû réprimer l'enthousiasme. Plus calme et plus froid, M. Gariel a consigné dans sa thèse inaugurale les résultats d'une pratique dont il a été le témoin. Sa conclusion finale est que les préparations mercurielles appliquées sur la peau font avorter les pustules de la variole, soit avant, soit après la suppuration.

Depuis lors, un médecin des hôpitaux qui paraît avoir un goût particulier pour les exercices cliniques, M. le docteur Briquet, a repris en sous-œuvre la même médication ; ses premiers essais sont de 1838 : il se sentait encore si peu rassuré par l'expérience de ses prédécesseurs, qu'il s'y prépara, comme si personne ne lui avait montré le chemin où il entrait. Au lieu d'attaquer la variole au visage, d'où vient presque tout le danger, il porta, par forme d'essai, les topiques mercuriels sur les membres, et s'assura que les boutons diminuaient en nombre sur les parties recouvertes. Une fois cette diminution fut d'un tiers : c'est la plus forte qu'il ait obtenue ; mais elle est plus considérable en réalité qu'en apparence. L'éruption varioleuse, en effet, ne se fait pas tout d'une fois, elle procède peu à peu et successivement.

La méthode abortive ne se propose pas précisément d'empêcher, de prévenir l'éruption ; mais elle aspire à s'en rendre maître quand elle a paru. Toutefois, elle ne s'abuse pas sur sa puissance, elle connaît ses forces et celles de l'ennemi qu'elle a à combattre ; elle sait que si elle le laisse grandir indéfiniment, elle perd tous ses avantages et ne peut plus rien contre lui.

Elle met donc un grand prix à bien choisir le moment de la lutte. En général, plus l'éruption est récente, plus facilement elle se laisse vaincre. L'art conserve ses avantages jusqu'au cinquième et au sixième jour ; il y a même des médecins qui présument encore mieux de sa puissance : tels, entre autres, MM. Gariel

et Charcellay. Le premier étend sa puissance jusques après la suppuration, le second l'a éprouvée le septième jour.

Au contraire, la cautérisation serait impuissante à réprimer la pustule varioleuse qui a dépassé le troisième jour : mais n'est-ce pas trop borner l'action des caustiques ? Je pense seulement, avec M. Charcellay, que cette répression est d'autant plus difficile qu'on attend davantage. Ceux qui n'ont aucune expérience de la cautérisation ne savent pas assez tout ce qu'il faut de soins et d'attention pour atteindre jusqu'aux racines de la pustule varioleuse ou vaccinale.

Quant aux préparations mercurielles et à l'emplâtre de Vigo, en particulier, dont M. Charcellay préfère l'emploi à tout autre moyen, l'effet en est d'autant plus sûr et plus prompt que la variole est moins avancée.

Si l'application en est faite avant le cinquième jour de l'éruption, il arrive de deux choses l'une : ou les boutons s'en vont par résolution, ou ils se transforment en vésicules, et quelquefois en tubercules.

Plus tard, c'est-à-dire du sixième au neuvième jour, il n'est plus au pouvoir de l'art de les arrêter et de prévenir la suppuration ; cependant, je le répète, il est des médecins plus confiants, et parmi ceux-ci j'ai cité M. Gariel.

Mais, d'une part, plus les pustules sont récentes, plus il y a d'espoir de les faire avorter, et, de l'autre, plus elles sont avancées, moins il y a d'avantage à en changer le cours.

Selon M. Briquet, la conversion du bouton varioleux en vésicules est la plus commune de toutes. Ces vésicules, d'un volume qui varie depuis la tête d'une épingle jusqu'à un grain de millet, sont coniques ; les parois en sont si minces qu'elles se déchirent au moindre frottement ; la matière qui en sort est louche, lactescente.

La conversion en tubercules est plus rare ; elle n'a guère lieu qu'au visage. A la levée de l'appareil, on aperçoit de petites excroissances dures, insensibles, lesquelles s'affaissent peu à peu et s'en vont en dix ou douze jours, partie par résolution, partie par desquamation et sans laisser aucune trace.

On connaît les effets immédiats des préparations mercurielles sur la marche de l'éruption.

Maintenant, quelles sont les conséquences de ces changements sur l'issue de la variole et sur la vie des varioleux ?

S'il est vrai que l'inflammation de la face se communique au cerveau, il semble qu'en prévenant l'une on préviendra nécessairement l'autre. Tel était aussi l'espoir de M. Serres lorsqu'il

commença ses essais de cautérisation ; telle est aujourd'hui sa conviction profonde après vingt-neuf ans d'expérience. Toutefois, n'exagérons rien, n'imitons pas ce jeune enthousiaste qui, témoin de la pratique du médecin de la Pitié, osa dire que la méthode ectrotique valait mieux que la vaccine. M. Serres nous démentirait, et nous n'aurions pas l'âge pour excuse.

En pareille matière, il faut des observations, il faut une bonne statistique. M. Briquet a bien dit que de 5 varioles confluentes qu'il a traitées, il en a guéri 4; mais ce nombre est insignifiant. La statistique, pour inspirer quelque confiance, doit opérer sur de grandes quantités. Il n'y a peut-être que M. Serres qui puisse nous donner le résultat que nous cherchons et nous initier à tous les avantages de sa méthode.

En attendant, nous sera-t-il permis de dire que la petite vérole éludera souvent le piége que lui tend le traitement abortif?

D'une part, l'emplâtre de Vigo et les autres applications extérieures ne peuvent rien contre les pustules de l'intérieur des voies aériennes ; et c'est, si je ne me trompe, une des causes les plus communes des terminaisons funestes de la petite vérole : il est certain au moins que beaucoup de varioleux périssent dans l'asphyxie ; et, d'autre part, il ne faut pas croire que toute la petite vérole soit dans l'éruption : elle a aussi des éléments cachés. Qui sait si le sang n'est pas altéré ? Le sang est le véhicule des maladies virulentes. J'ai lu récemment, dans un journal, qu'un homme étant mort de la morve, on en prit le sang contenu dans le cœur, on l'inocula à un cheval, et on reproduisit la même maladie qui causa la mort de l'animal. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la variole ?

Si l'on admet l'analogie, il en serait donc du virus comme des poisons, et particulièrement de l'arsenic. Pris par les absorbants, l'arsenic passe dans le sang et de là dans les chairs, dans les viscères, où la chimie, docile aux ordres de la justice, va le chercher pour confondre le crime. Découverte admirable, aussi glorieuse pour la science que précieuse pour la société. Nous la devons à M. Orfila, et tous les efforts qu'a faits la critique pour la lui ravir n'ont fait que lui en assurer la propriété.

Dans cette hypothèse, la variole est particulièrement une maladie du sang; ce n'est que consécutivement qu'elle vient à la peau, et comme le sang va partout, c'est une maladie générale, *totius substantiæ*. Mais, parce qu'on n'en voit que la surface, l'esprit, abusé par les sens, s'est accoutumé à la considérer comme une simple inflammation de la peau : il n'a pas seulement renversé l'ordre des éléments, il a négligé le plus essentiel.

9. *Traitement spécifique de la petite vérole ;* par M. le docteur Fritz, de Muchlau.

(Gazette des Hôpitaux, N° 36, 1846.)

Depuis douze ans déjà, M. Fritz emploie avec le plus grand succès le lait contre la petite vérole. Son traitement spécifique commence avec l'apparition de l'éruption.

1° Il donne pour boisson du lait non bouilli, fraîchement trait, à la dose d'un verre deux ou trois fois par jour : dans le reste de la journée, surtout s'il y a beaucoup de soif, il l'administre à l'état de mélange avec un tiers ou même la moitié de son volume d'eau. Il continue l'usage de cette boisson jusqu'à ce que la dessiccation soit bien avancée. Toutefois, si le malade réclame une gorgée d'eau pure, on ne doit pas la lui refuser. Pour nourriture, il faut donner des potages mucilagineux et tièdes, mais toujours en petite quantité.

Lorsque la maladie offre peu d'intensité, on n'a pas besoin de recourir à un autre traitement, jusqu'au moment de la dessiccation. L'usage intérieur du lait suffit, et tout au plus pourrait-on faire quelques applications de compresses imbibées de lait sur la face pendant la période de suppuration, pour prévenir les cicatrices.

2° Mais lorsque par suite de la grande confluence de l'éruption, ou à cause de l'intensité plus considérable du virus, la maladie offre une gravité plus marquée ; lorsqu'il existe des signes de congestion soit vers la tête, soit vers la poitrine, une forte fièvre, du délire, une grande anxiété, de la somnolence, et que tous ces symptômes persistent après le développement complet de l'éruption ; lorsque l'éruption ne se fait qu'imparfaitement dans certaines parties, qui sont alors rouges et chaudes, ou bleuâtres et froides ; lorsque les pustules s'affaissent en quelques points ou par tout le corps, deviennent livides, se dessèchent promptement avant le temps, et en donnant naissance à des croûtes noirâtres, et qu'il y a par conséquent menace de gangrène, ou même qu'une gangrène superficielle existe déjà ; lorsque les yeux, les oreilles et le cou sont fortement attaqués ; lorsqu'il y a danger ou menace de suffocation ; dans tous ces cas, l'emploi extérieur du lait apporte un adoucissement notable, à tel point que, même dans les cas les plus désespérés, on peut encore compter sur la guérison.

Cet emploi extérieur du lait se fait soit en bain, soit en application à l'aide de compresses. On applique ces compresses sur les paupières lorsqu'il y existe des boutons, autour du cou dans les cas d'angine grave, enfin sur toute la face s'il s'y trouve des pus-

tules confluentes, pour éviter les cicatrices qui pourraient en résulter. Voici la manière de procéder à ces applications : on prend un linge blanc, assez grand pour pouvoir être replié en quatre et recouvrir en entier la surface malade ; on l'imbibe de lait chaud, puis on l'applique à une température telle qu'elle puisse être agréable au patient, et on recouvre ensuite le tout d'un linge sec également replié en quatre et assez étendu pour dépasser un peu celui de dessous. On change ces compresses avec beaucoup de précautions, toutes les vingt minutes, et plus souvent même encore, toutes les dix à cinq minutes par exemple, s'il y a commencement de gangrène ; on continue ainsi jusqu'à ce que la partie reprenne un aspect plus vif et que l'état général s'améliore. Lorsqu'il s'agit de changer la compresse, on trempe un nouveau linge dans le lait chaud, et on opère le changement sous la couverture du malade. Il va sans dire qu'il est nécessaire d'avoir plusieurs linges pour cet objet, car le linge mouillé doit être débarrassé du virus dont il est contaminé par une immersion prolongée dans de l'eau fraîche qu'il est besoin de renouveler souvent : quant au linge sec, la dessiccation doit en être opérée avec soin, mais non dans la chambre du malade.

Pour faire chauffer le lait, on doit se servir d'un vase de petite dimension, et qu'il faut nettoyer souvent, pour que le lait puisse être employé à l'état le plus frais possible.

Comme souvent on a besoin d'envelopper des parties très-étendues, par exemple le tronc, des membres entiers, on peut, si l'on n'a pas de lait en assez grande quantité, le couper par moitié avec un décocté de graine de lin (une cuillerée de graine de lin pour un litre d'eau).

Dans les cas où il existe des symptômes d'une haute gravité, ou lorsque les pustules sont extrêmement nombreuses, qu'elles offrent de la dégénérescence dans une grande étendue, ou même sur tout le corps ; lorsque les compresses n'amènent pas un changement favorable dans l'espace de douze à dix-huit heures ; dans ces cas, on doit passer sans tarder à l'usage des bains de lait tiède. Le malade doit y rester un quart d'heure, et même une demi-heure s'il s'y trouve bien, et si la faiblesse n'est pas trop considérable. On réitère ces bains toutes les six ou douze heures, suivant la gravité du cas. Il est rare qu'on soit en mesure de pouvoir donner des bains de lait pur ; mais on doit tâcher d'en mettre le plus possible, et on y ajoute ensuite la quantité nécessaire d'eau, ou mieux de décocté de graine de lin : du reste, on ne doit jamais se servir deux fois du même bain. Immédiatement après le bain, on se hâte d'envelopper le malade dans un drap

double convenablement chauffé ; on le couvre soigneusement, mais en évitant d'étendre un édredon ou un duvet sur lui ; on le laisse transpirer doucement jusqu'au moment de lui faire reprendre un autre bain, ou si, en raison de l'amélioration obtenue, un autre bain n'est pas nécessaire pour le moment, on le change de linge de corps, et on lui en donne de nouveau à une douce chaleur, au bout d'une, deux ou trois heures. On peut alors revenir aux applications locales des compresses, comme il a été dit plus haut.

On continue ce traitement lacté externe, plus ou moins activement selon la gravité des cas, jusqu'au commencement de la période de dessiccation.

3° Pendant la période de suppuration, on ne doit pas s'inquiéter trop de l'existence de la constipation, qui est presque inévitable en raison de la trop grande activité vitale de la peau. Mais s'il y a de la chaleur, si la tête est fortement prise, ou encore s'il y a d'autres symptômes fébriles, etc., on fera administrer quelques lavements de lait tiède, jusqu'à ce qu'on ait obtenu des évacuations.

4° Lorsque la dessiccation des pustules commence, ce qui a lieu par parties, à la figure d'abord, puis progressivement en descendant, on remplace l'application du lait par celle du beurre, qui doit être récent, peu lavé et non salé. Si le malade peut le supporter, on illine tout doucement les surfaces qui se dessèchent avec un morceau de beurre qu'on ramollit entre les doigts. Cependant, la plupart du temps, surtout chez les malades doués d'une excessive délicatesse, ou qui ont été couverts d'un très-grand nombre de boutons, cette légère irritation suffit déjà pour exciter une douleur assez notable : on doit alors faire liquéfier le beurre dans un vase approprié, puis l'appliquer au moyen d'une barbe de plume. Pour chaque nouvelle application, il est indispensable de faire liquéfier de nouveau beurre, et on doit, chaque fois, avoir bien soin de nettoyer le vase et la barbe de plume. On doit réitérer ces onctions toutes les deux à quatre heures, suivant que la chaleur du corps fait dessécher plus ou moins promptement les surfaces, jusqu'à ce que les croûtes se détachent et que la peau du malade redevienne lisse.

Lorsqu'on veut faire blanchir rapidement les taches rouges que les boutons varioliques laissent à leur suite, on envoie les convalescents à la campagne, on leur fait prendre trois ou quatre bains de lait tiède par semaine, on lave la figure et le cou plusieurs fois par jour avec du lait tiède, et, tous les matins en sortant du lit, on leur fait lotionner tout le corps à l'eau froide au

moyen d'une grosse éponge : cette médication a de plus l'avantage de hâter le rétablissement des forces et de dissiper la sensibilité exagérée de la peau.

5° Une précaution qui ne doit être omise sous aucun prétexte, c'est de renouveler l'air de la chambre du malade pendant toute la durée du traitement : si le temps le permet, on laissera une fenêtre éloignée du lit du malade ouverte pendant des heures entières ; si la maladie a un grand degré de gravité, il convient de changer souvent le lit de place, car l'atmosphère est souvent tellement viciée par des émanations presque insupportables, que l'action nerveuse paraît tout à fait paralysée par le virus, ce qui seul peut déjà suffire pour devenir une cause de mort. Toutefois, le lit ne doit jamais être placé dans un courant d'air, par exemple entre une porte et une fenêtre, ou encore assez près de la porte pour que cette dernière, chaque fois qu'on l'ouvre ou qu'on la ferme, détermine un courant d'air sur le malade.

A partir du commencement de l'éruption jusqu'à la fin de la période de suppuration, le linge de corps et de lit ne doit être renouvelé que lorsqu'il est tout à fait sali ; mais, plus tard, on doit le renouveler plus souvent, avec la précaution de le chauffer modérément.

Cette médication antivariolique, dont l'efficacité est démontrée aujourd'hui par de nombreuses applications, agit d'une manière véritablement spécifique, et ne peut être remplacée par aucune autre.

---

10. *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques* ; par M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 27 ; t. II, février, p. 48 ; t. III, mars, p. 44.)

(Revue médicale, février 1846.)

Obs. III. — *Infirmités diverses, ophthalmies fréquentes, dartres, tumeurs, trajet fistuleux, carie, accidents morbides très-rebelles et réputés symptômes obscurs d'une syphilis héréditaire. — Heureux effets de l'iodure de potassium.* — La fille R..., âgée d'environ 40 ans, se trouve depuis plus de vingt ans peut-être dans les salles de l'Hôtel-Dieu de notre ville, où l'ont retenue diverses infirmités dont elle a été successivement atteinte. Ainsi, de temps en temps des ulcérations se déclarent chez elle à la voûte palatine ; ainsi, de fréquentes ophthalmies, très-sujettes à récidiver, lui ont notablement obscurci les cornées et l'ont rendue presque aveugle ; ainsi, des plaques dartreuses paraissent de temps en

temps sur elle; ainsi, elle a eu le nez détruit peu à peu par un lupus dont les derniers vestiges se traduisaient encore, il y a quelques années, par plusieurs ulcérations caractéristiques, qui se cicatrisèrent sous l'influence d'un pansement avec le styrax liquide et quelques applications cautérisantes. Considérée tour à tour comme scrofuleuse et comme syphilitique, elle a subi, sous l'influence de ces idées, une foule de traitements qui ont été en somme sans avantages bien durables. Voici les symptômes qu'elle présentait à notre observation dans le premier trimestre de l'année 1842. Elle a eu, en janvier, une ophthalmie fort rebelle, comme elle en a eu souvent, du reste. Une des ulcérations de son lupus avait quelque tendance à se reproduire. La malade porte depuis plus d'un an et demi, à la face antérieure de l'avant-bras droit, une fistule qui quelquefois se ferme pour trois ou quatre jours, et laisse ensuite couler une plus abondante suppuration. A la région postérieure du même avant-bras, existe une tumeur aplatie, indurée, indolente, qui devient plus volumineuse quand l'écoulement de la fistule se tarit, et qui, dans les circonstances contraires, s'affaisse sans jamais disparaître entièrement. Il existe en même temps, depuis près de trois ans, au dos de la main droite, vers la racine des doigts, et s'étendant ainsi sur ces doigts, une dartre humide et squammeuse, vers l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange de l'indicateur. Cette dartre affecte la forme d'un ulcère à fond granulé, quand elle est dépouillée de la croûte grisâtre qui le plus ordinairement la recouvre, et elle est toujours fort douloureuse. Il existe encore, et depuis assez longtemps, sur le milieu de la voûte palatine, une ulcération qui semble indiquer une carie de la partie osseuse correspondante. Quelle idée devions-nous nous faire de la nature de ces symptômes? Très-probablement cette fille ne s'était jamais exposée par elle-même à contracter une affection syphilitique. Mais tous ces symptômes ne pouvaient-ils pas être une de ces manifestations morbides qui, quoique revêtant les allures de certains états scrofuleux, ne sont néanmoins que l'effet d'une constitution syphilitique transmise par voie d'hérédité? Toutes les apparences nous semblaient se rapporter à cette manière de voir. C'était, au reste, l'idée que l'on paraissait avoir eue toujours touchant l'état sanitaire de cette fille, et qui avait présidé à plusieurs traitements qu'on lui avait prescrits.

Malgré les insuccès précédents dans les médications employées, il me parut qu'il nous resterait encore une ressource dans la prescription d'un traitement ioduré, et par l'iodure de potassium, auquel on n'avait pas encore songé. En conséquence, dès le

1er février, je prescrivis ce sel à la dose d'un gramme dans un litre de tisane de saponaire. — La malade ayant cru remarquer que cette dose l'avait fatiguée, je ne fis mettre qu'un demi-gramme pour le lendemain, de même que pour le troisième jour. — Le 4, la dose fut portée à 0,75 jusqu'au 8. A partir de ce jour, la malade prit un gramme d'iodure jusqu'au 13 février, jour où la dose fut portée à un gramme et demi. Le remède fut continué dans cette proportion jusqu'au 14 mars, parce que des doses plus élevées avaient jusques alors paru la fatiguer. — Déjà dès le 6 mars, nous avions constaté une amélioration bien sensible : la fistule de l'avant-bras était entièrement et solidement cicatrisée, et la tumeur, qui, située à la face opposée du même avant-bras, semblait correspondre à la fistule, était complétement fondue. L'état de la main était aussi mieux, de même que celui des yeux qui n'étaient presque plus enflammés, et l'ulcération de la voûte palatine était également près d'être fermée.

Le 14, un gramme trois quarts du remède ou de l'iodure de potassium, — le 18, deux grammes. — L'appétit étant augmenté, et le désir de prendre des aliments devenant plus pressant, nous faisons accorder, pour le matin, une soupe en sus de la ration alimentaire ordinaire. — Le 25, deux grammes et un quart jusqu'au 6 avril, jour de la cessation de mon service. — Le traitement fut continué jusqu'au 20.

*Résultat final du traitement.* — L'état ophthalmique des yeux a complétement cessé : la cicatrice, qui menaçait de se rouvrir à la figure, est dans des conditions tout à fait normales ; la solution de continuité de la voûte palatine est guérie sans perforation ; la main et les doigts sont dépouillés de la dartre humide qui y siégeait, et qui n'avait été pansée qu'avec du cérat légèrement soufré ou calomélisé ; la figure, tout en perdant l'air maladif qu'elle avait auparavant, a recouvré une teinte inusitée de santé et de vigueur. En un mot, sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium, cette fille a éprouvé, dans sa santé, une amélioration qu'aucune médication ne lui avait encore procurée. — Voilà même plus de deux années depuis la suspension du traitement, et aucune des importunes et rebelles manifestations morbides, qui naguère se reproduisaient si fréquemment, n'a encore paru. Et si ce n'était la faiblesse de la vue, occasionnée en elle par l'épaississement de ses cornées, à la suite des fréquentes ophthalmies antérieures, elle serait plus valide qu'elle ne la été depuis trente ans.

La tisane iodurée avait paru l'irriter dans les premiers jours;

mais bientôt elle s'y accoutuma fort bien, et n'en éprouva que des effets très-sensiblement réparateurs.

Obs. IV. — *Affection syphilitique ancienne avec exostoses, douleurs ostéocopes, syphilide squammeuse : inefficacité des traitements mercuriels, et guérison complète par l'iodure de potassium.* — Je fus consulté, le 1er mars 1842, par un ancien officier âgé d'environ 50 ans, le capitaine S***, qui voulait savoir de moi s'il n'y aurait pas moyen de le délivrer de plusieurs accidents syphilitiques fort importuns. Ce militaire, à la figure fortement brunie par le soleil d'Afrique, aux joues ridées et amaigries, nous déclare que sa jeunesse a été un peu orageuse ; qu'il a eu plusieurs fois des véroles avec chancres et bubons, et qu'il ne cesse, depuis un certain temps, d'en éprouver les pénibles conséquences. C'est ainsi qu'il ressent aux jambes de véritables douleurs ostéocopes, fort incommodes pendant la nuit, et l'empêchant souvent de dormir. Ses jambes étant examinées, nous reconnaissons, à la face interne des tibias, des inégalités osseuses, véritables exostoses dont l'origine syphilitique ne saurait être mise en doute. Sur diverses parties de la peau, nous remarquons aussi les indices assez nombreux d'une syphilide squammeuse. En divers points, en effet, du tronc et des cuisses, s'apercevaient des plaques cuivrées, recouvertes de squammes minces, grisâtres, assez adhérentes. Une de ces plaques se trouvait même au-devant du cuir chevelu et au haut du front. C'étaient là autant de signes d'un état syphilitique ancien. — Cependant, si ce malade avait été trop peu soigneux peut-être pour se traiter à l'époque des accidents primitifs, il avait suivi pourtant, depuis que sa maladie était devenue constitutionnelle, deux traitements réguliers qui avaient été bien dirigés, à en juger par les renseignements qu'il nous fournissait lui-même. Pendant l'été précédent, il avait été passer deux mois à Barèges; mais l'état des jambes n'en fut pas sensiblement amélioré : et si l'affection dartreuse sembla d'abord modifiée par les bains, ce ne fut que d'une manière peu permanente ; car les squammes épidermiques reparurent bientôt avec la même intensité qu'auparavant.

Je crus pouvoir rassurer complétement ce malade sur son état, et lui promettre une guérison prochaine par l'usage de l'iodure de potassium. Le malade en commença l'usage dès le lendemain, 2 mars, à la dose d'un gramme dans un litre de tisane de saponaire, *ad usum*.

Le 6 mars. — Le malade souffre déjà moins; ses nuits sont tranquilles. Nous prescrivons un gramme et un quart du remède, et lui recommandons d'augmenter de 25 centigrammes tous les cinq

jours. C'est ainsi que, conformément à ces conseils, le 17, nous en sommes à un gramme et demi ; — le 2 avril, à deux grammes et demi ; — le 7, à deux grammes trois quarts.

Le 12. — L'efficacité de ce traitement a été jusqu'à ce jour des plus manifestes et des plus rapidement acquises. Non-seulement le malade ne souffre plus des jambes, mais encore les exostoses se sont notablement effacées, et il ne reste presque plus de traces sur la peau de la syphilide squammeuse. Loin d'être fatigué par ce traitement, le malade a vu, au contraire, son appétit s'augmenter, et le surcroît de nutrition qui s'en est suivi lui a procuré plus d'embonpoint qu'il n'en avait habituellement. — Continuation du traitement à trois grammes par jour.

Le malade ayant, à cette époque, changé de résidence, n'en est pas resté là pour son traitement. Il l'a continué, selon nos conseils, jusqu'à la fin du mois de juin. Pendant tout le restant d'avril, il en a pris trois grammes. La dose fut ensuite élevée à trois grammes et demi, et poussée même, dans les derniers jours, jusqu'à quatre grammes dans un litre de tisane. S'il persévera si longtemps dans l'usage de cette médication, ce ne fut que pour se mettre à l'abri de toute récidive ; car, dès le milieu du traitement, on pouvait déjà le considérer comme guéri.

Il n'y a que quelques mois que nous avons revu l'ex-officier qui a été l'objet de cette observation. Nous avons pu constater que la guérison s'était maintenue entière. Nous avons voulu profiter de cette entrevue pour le questionner sur le degré de tolérance que son estomac avait eue pour ce médicament, et nous avons appris de lui qu'il n'en avait jamais été incommodé, que tout ce qu'il avait remarqué avait consisté dans la disparition progressive des symptômes dont il désespérait de pouvoir jamais guérir, et un retour franc de l'appétit qu'il comparait à celui d'une personne en convalescence.

Obs. V. — *Etat syphilitique ancien, caractérisé par des douleurs ostéocopes des plus importunes, un psoriasis syphilitique, etc., rapidement amendé par l'iodure de potassium.* — Un ancien capitaine de la république et de l'empire, âgé de 68 ans, vient nous demander conseil au sujet de plusieurs infirmités qui l'incommodent notablement, et dont il ne conteste pas l'origine syphilitique : il a, en effet, plusieurs fois affronté les dangers de la syphilis, et plus d'une fois il en a ressenti les poignantes atteintes. Sa dernière vérole date de quatre ans ; elle avait consisté en des chancres au pénis pour lesquels on fit prendre des pilules mercurielles pendant quarante-cinq jours. Ces ulcères s'amendèrent et se cicatrisèrent. Mais, avant cette époque, le malade avait suivi

d'autres traitements pour combattre des symptômes antérieurs, notamment un traitement complet par les préparations d'or, dont un praticien habile avait, pendant une cinquantaine de jours, attentivement dirigé l'administration, et qui avait été accompagné d'une amélioration appréciable, mais non d'une guérison complète. Dans le courant de l'année précédente, il s'était traité par l'usage des sudorifiques, notamment du sirop de salsepareille et de la tisane faite avec le bois de salsepareille, pour arrêter les progrès de douleurs ostéocopes, d'exostoses et de dartres qui apparaissaient sur sa personne. Enfin, le 18 avril 1842, M. N. présentait les symptômes suivants : il avait de nombreuses plaques dartreuses, offrant les caractères d'un psoriasis. Des douleurs nocturnes, siégeant aux bras et aux jambes, l'incommodaient beaucoup et lui causaient de fréquentes insomnies. La sensibilité des os de ces parties était même assez prononcée pour que la plus légère pression y fût péniblement douloureuse, et pour qu'il ne fût pas possible au malade de rester couché sur son bras gauche. Cet état presque habituel de souffrance l'avait notablement affaibli.

Par suite de la connaissance que nous avions des antécédents de ce malade, nous n'hésitâmes pas à considérer ces symptômes comme dépendant d'une syphilis constitutionnelle, et comme appartenant à la catégorie des accidents tertiaires. Dès lors l'usage de l'iodure de potassium devint à nos yeux tout à fait indiqué, et nous le prescrivîmes. Nous en marquâmes des paquets d'un gramme par jour, qui devaient être dissous dans trois verres de tisane de saponaire. Conseil lui fut en même temps donné d'augmenter cette dose de vingt-cinq centigrammes tous les quatre jours.

Nous ne tardâmes pas à reconnaître que nous avions rencontré juste pour le traitement adopté. Le malade prenait, en effet, depuis cinq jours à peine son remède, que déjà les douleurs ostéocopes étaient sensiblement diminuées, que les bras et les jambes avaient perdu une grande partie de leur sensibilité anormale. — Dès avant le douzième jour aussi, du mieux pouvait être remarqué du côté de la peau : des squammes épidermiques s'en détachaient chaque jour.

Le 8 mai, la dose du remède fut d'un gramme et demi. — Le 25, elle fut d'un gramme trois quarts. — Le 2 juin, le malade en était à deux grammes, qu'il continua jusqu'au 8 du même mois, époque où nous dûmes le suspendre à cause de l'apparition d'un phénomène inattendu : je veux parler d'un état fluxionnaire des gencives et de tout l'intérieur de la bouche avec ptyalisme,

comme à la suite d'un traitement mercuriel. Nous remarquâmes pourtant cette différence avec ce dernier, que la salivation n'était point fétide ; que la muqueuse buccale ne s'ulcéra en aucun point, et que le flux présentait, au moins dans les premiers jours, la saveur propre au sel iodé. Quoi qu'il en soit, le malade souffrit de cet accident, il perdit l'appétit, eut un peu de fièvre, et son malaise se continua pendant près d'une huitaine. Tout bien considéré, je crus ne pouvoir attribuer cette particularité qu'à l'usage de l'iodure de potassium. Je fus d'autant plus confirmé dans cette opinion, qu'en lisant les faits qui se rapportaient à cette médication, j'appris, par un journal de médecine, que cet accident avait été déjà observé et relaté par le docteur Smith. Nous avons eu d'autres fois, depuis cette époque, l'occasion de voir apparaître le ptyalisme iodique. Nous aurons même lieu de nous occuper plus longuement de cet épiphénomène qui survient de temps en temps dans les traitements par l'iodure de potassium.

En conséquence, après avoir tenu compte de cinq jours pendant lesquels le remède n'avait pas été pris, il s'ensuit que le traitement fut continué en tout pendant trente-trois jours. Or, voici ce que le malade en obtint : les douleurs ostéocopes avaient disparu, et le malade avait conséquemment des nuits tranquilles avec bon sommeil. La peau était presque complétement dépouillée des plaques du psoriasis. C'était même chose remarquable de voir, sous l'influence du traitement ioduré, l'organe tégumentaire tendre si bien à reprendre ses qualités normales dans les points affectés naguère de plaques dartreuses. Il eût été réellement difficile de concevoir, sans en être témoin, qu'un traitement eût pu si promptement donner de pareils résultats.

Ainsi donc, dans ce cas encore, l'efficacité de l'iodure de potassium contre des accidents syphilitiques bien évidemment tertiaires, nous a été parfaitement démontrée. Toutefois, c'était trop peu avoir insisté dans l'usage du traitement, et un mois n'était pas encore écoulé depuis sa cessation, que déjà les douleurs nocturnes se reproduisaient, quoique bien moins intenses, et que les dartres commençaient encore à repulluler ; résultat qui ne devait point nous surprendre. — Désirant toutefois augmenter l'amélioration bien sensible, mais pourtant incomplète, qu'avait donnée l'iodure de potassium, nous fîmes reprendre le traitement vers le milieu du mois de septembre de la même année, en commençant par un demi-gramme du remède dans un verre d'eau ou de tisane de saponaire, et cette dose fut successivement élevée à celle de deux grammes. Mais à peine étions-nous au vingt-septième jour du nouveau traitement, que les symptômes

du ptyalisme iodique survinrent encore, et nous obligèrent à supprimer la médication, pour ne pas laisser prendre une trop grande intensité à cet épiphénomène. — La guérison, comme on le pense bien, n'a pas été encore totale ; cependant, quoique entièrement délivré de ses importuns restes de syphilis, le sujet en question est pourtant, depuis ces demi-traitements, dans un état autrement supportable que par le passé, ou plutôt il n'est que très-légèrement incommodé, comme nous avons pu nous en assurer tout récemment.

Bien que le résultat obtenu par l'emploi de l'iodure de potassium n'ait pas été complet dans ce cas, ses effets modificateurs ont été cependant tellement manifestes, que j'ai cru devoir donner ici place à cette observation. Il est, en effet, devenu évident pour nous que l'iodure de potassium avait produit un changement favorable que l'on eût inutilement demandé aux mercuriaux, aux préparations d'or, aux sudorifiques. N'était-ce pas ensuite une chose digne de remarque pour nous que l'apparition de ce ptyalisme qui nous sembla de prime abord si insolite ?

Si le sujet qui a été l'objet de cette observation devait être dans le cas de subir un nouveau traitement, nous prendrions vis à vis de lui d'autres précautions pour le mieux garantir d'un nouveau ptyalisme, c'est-à-dire que nous commencerions par des doses bien plus faibles d'iodure de potassium, savoir : par 40 ou 50 centigrammes par jour, et nous ne chercherions point à atteindre des proportions aussi élevées que par le passé. Nous pourrions sans doute, par ce moyen, compléter le traitement avant que le retour de la salivation vînt l'empêcher. Nous aurons occasion plus loin de faire remarquer qu'il n'est pas nécessaire généralement, pour assurer l'efficacité de la médication iodurée, de pousser à ses dernières limites les doses de l'iodure de potassium.

Obs. VI. — *Autre cas d'exostoses et de douleurs ostéocopes rebelles à plusieurs traitements, et promptement soulagées par l'iodure de potassium.* — Le 5 mars 1842, fut reçu, dans les salles de l'Hôtel-Dieu de notre ville, un sergent, qui, ayant eu, en d'autres temps, plusieurs véroles, désirait se faire guérir de douleurs nocturnes et fort vives aux jambes. En examinant celles-ci, et en y promenant la main, il nous est facile de reconnaître que la face interne des tibias présente des exostoses assez proéminentes, qui, au dire du militaire, ont commencé d'apparaître trois ans avant. Il nous déclare en même temps qu'il a subi, il y a cinq mois, à Constantine, un traitement par les mercuriaux, qui a duré cinquante jours ; que le peu d'amélioration qu'il en

avait perçue ayant bientôt cessé, il se soumit lui-même encore, deux mois plus tard, à un autre traitement par les sudorifiques seuls (sirop et tisane de salsepareille). C'est donc parce que ces médications avaient été pour lui sans résultats stables, qu'à son retour d'Afrique il se fit recevoir dans notre hôpital, où nous prescrivîmes, le 6 mars, un gramme d'iodure de potassium dans un litre de tisane de saponaire, *ad usum*.

Le 10 mars, un gramme et un quart. — Le 12, un gramme et demi. — Le 14, suppression à cause d'une légère irritation du gosier. — Le 16 et les jours suivants, un gramme et demi. — Le 23, un gramme trois quarts. — Le 25, deux grammes jusqu'au 1er avril.

Un mieux remarquable survint bientôt. Le malade prenait, depuis trois ou quatre jours à peine, l'iodure de potassium, que ses douleurs étaient notablement diminuées. Cette diminution fut en progressant, et les tumeurs osseuses ne tardèrent pas non plus à s'effacer. Si, au 1er avril, le malade n'était pas encore entièrement guéri, il était au moins très-notablement soulagé, et il reconnaissait bien lui-même qu'aucune autre médication ne lui aurait fait éprouver autant de mieux en aussi peu de temps. Nous ayant alors quitté pour aller jouir d'un congé de convalescence qui lui avait été accordé, il était bien résolu de continuer à demander à l'iodure de potassium le reste de sa guérison, dès qu'il serait arrivé à Montpellier, sa ville natale.

Quoique, dans ce cas, le temps nous ait manqué pour rendre la guérison complète, il nous a été du moins donné d'y constater l'héroïque efficacité de l'iodure de potassium, et, à ce titre, ce fait pouvait être publié tel qu'il s'était passé sous nos yeux.

Obs. VII. — *Autre exemple de syphilis constitutionnelle, avec carie de la voûte palatine; chancres tertiaires dans le gosier, les narines, etc. Traitement et guérison par l'iodure de potassium.* — Si l'observation précédente n'a pu être complète à cause du départ précipité de l'individu qu'elle concernait, il n'en sera pas de même de celle dont il va être question, que nous avons suivie dans toutes ses phases, et qui nous paraît fort intéressante par les résultats fournis par l'usage de l'iodure de potassium. Voici le fait :

Un étudiant en médecine de nos amis et de nos ex-élèves nous amena, le 8 avril 1842, un jeune homme de sa connaissance, M***, âgé de 28 ans, exerçant la profession de pharmacien dans une petite localité du voisinage, et pour le moment atteint de symptômes graves de syphilis. Faisons en peu de mots l'historique de sa maladie :

Ce jeune homme avait contracté, deux ans auparavant, deux chancres qui, à la suite de quelques applications locales, disparurent sans aucun traitement intérieur. Quelques mois après, d'autres chancres reparaissent, et il ne sait s'ils sont consécutifs des premiers, ou s'il faut les attribuer à de nouvelles cohabitations imprudentes. — Il prend alors durant quelques jours de la tisane de salsepareille et quelques pilules de Ricord, une vingtaine environ. Les chancres disparurent encore ; mais voici que, quelque temps après, il commence à souffrir du gosier, sans attacher beaucoup d'importance à ce symptôme. — Cependant les douleurs gutturales ne diminuent point : du mal se déclare même dans les narines, et un ulcère apparaît à la voûte palatine.

Le malade se met de lui-même à l'usage des tisanes concentrées de salsepareille, ce qui n'empêche pas les progrès du mal. Bientôt l'air qui traverse les narines est infect, un écoulement fétide s'en exhale ; le nez, la bouche, le gosier, le font souffrir. L'appétit vient aussi à diminuer, et le malade, d'une constitution d'ailleurs peu forte, s'apercevant qu'il maigrit, s'inquiète, se désespère. C'est sur ces entrefaites que je suis consulté par lui, et voici ce que je constate :

La luette est toute rongée par un ulcère non encore cicatrisé ; les piliers du voile du palais sont indurés, un peu hypertrophiés ; au milieu de la voûte palatine existe un ulcère fongueux, à travers lequel on touche, avec un stylet, l'os dénudé de son périoste. Une odeur désagréable s'exhale du nez, et, lorsqu'on en regarde l'intérieur, on y voit un large ulcère qui a rongé une partie de la cloison des fosses nasales, et établi une communication entre elles : des esquilles en sont même sorties. Le malade est maigre, a peu d'appétit, est très-découragé.

Qu'avait à faire l'art dans cette circonstance? La manière dont progressaient les symptômes nous faisait un devoir de nous adresser sur-le-champ au traitement qui pourrait le plus tôt en suspendre la marche. Considérant dès lors que nous avions à traiter, dans ce cas, une syphilis qui, par là même qu'elle s'attaquait déjà au tissu osseux, était signalée par des accidents tertiaires, et tombait ainsi dans le domaine du traitement par l'iodure de potassium, nous crûmes par là même que nous devions nous adresser à cet agent thérapeutique. Nous nous hâtâmes donc d'annoncer au malade qu'il eût à se tranquilliser ; qu'il serait bientôt en voie de guérison. En conséquence, et sans attendre davantage, je prescrivis, ce jour-là même, 8 avril, un gramme d'iodure de potassium dans un litre de tisane de sapo-

naire. — Le 12, il commença à en prendre un gramme et un quart; le 20, un gramme et demi. — Mieux notable.

Le 26 avril, nous en sommes déjà à deux grammes : la dose du remède fut ainsi successivement élevée jusqu'à trois grammes et un quart. — Le malade continua d'abord son traitement pendant deux mois.

Quand, à la fin de juin, le malade vint nous revoir, tout annonçait que sa guérison était complète. La plaie rongeante du voile du palais était cicatrisée ; ses piliers avaient repris leur consistance normale et leur aspect naturel. L'ulcération de la voûte palatine était aussi guérie ; mais à sa place se trouvait une perte de substance due à la chute de deux esquilles qui s'étaient détachées des apophyses palatines des os maxillaires supérieurs. De là, une incommodité occasionnant le passage de quelques gouttes de boisson dans les fosses nasales quand le malade buvait. Enfin, quoique la perforation de l'ouverture produite par le chancre des narines existât encore, comme on le pense bien, le pourtour en était cicatrisé, et le nez n'offrait plus ni suppuration, ni odeur fétide. La guérison, en effet, paraissait aussi complète qu'elle pouvait l'être, et il ne restait plus qu'à conseiller au malade l'usage d'un obturateur pour la voûte palatine.

Nous aurions bien voulu que notre malade eût continué l'usage de l'iodure de potassium un peu plus longtemps ; mais, malgré nos conseils trop peu pressants peut-être, il s'en désista. Toutefois, étant revenu, vers le milieu de juillet, nous revoir encore, nous apercevons quelques nouvelles excoriations vers le fond de la voûte palatine. Dans la crainte que celles-ci ne fussent occasionnées par la maladie première, nous faisons reprendre l'usage de l'iodure de potassium à la dose d'un gramme et demi dans trois verres de tisane de saponaire, et conseillons de l'élever graduellement jusqu'à deux et trois grammes. C'est ainsi que le traitement a été derechef suivi pendant encore un mois et demi. Mais déjà, bien avant ce terme, ce sujet ne se ressentait plus de cette maladie naguère si inquiétante pour lui. — La guérison date déjà de deux ans, sans qu'il ait apparu la moindre menace de récidive. — Un obturateur pallie l'inconvénient de la solution de continuité de la voûte palatine.

Voici une autre observation où l'efficacité de l'iodure de potassium n'a pas été moins manifeste. Elle est relative à un confrère, âgé d'environ 36 ans, chirurgien-major d'un des paquebots de l'Etat, lequel, accompagné de mon ami et ancien condisciple, le docteur Boze, de Saint-Chamas, vint me consulter, l'an dernier, pour une tuméfaction ancienne et considérable de la cuisse

droite, qui menaçait de le rendre prochainement impotent.

Obs. VIII. — *Périostose très-volumineuse du fémur droit, rebelle à plusieurs traitements, et très-avantageusement traitée par l'iodure de potassium.* — Nous allons laisser à notre confrère le soin de nous relater lui-même ce qui s'est passé par rapport à sa maladie, en transcrivant ici les notes, qu'à notre sollicitation il a bien voulu nous fournir :

« — 1831. — A Alger, — j'avais alors 21 ans, — apparaît pour la première fois, à la base du gland et du côté gauche, une ulcération douteuse de la largeur d'une lentille. — Quelques bains locaux simples la font disparaître. — Dans l'espace d'un an, cette ulcération reparaît cinq à six fois (*toujours après coït suspect*) et ne résiste jamais aux bains locaux émollients et au calomel en poudre appliqué localement. Son aspect est toujours le même ; seulement, la dernière fois, elle a un peu plus d'étendue et est indurée. Elle disparaît tour à tour, laissant après elle une induration.

« — 1836. — A Athènes, en juillet, il survient (après liaison suspecte) au même endroit, toujours resté induré, un chancre bénin bien caractérisé. — Même traitement qu'auparavant. — L'ulcération (un peu négligée, il est vrai) reste stationnaire. Trois mois après cette dernière infection, étant à *Rio-Janeiro*, et ayant hâte de me guérir, je prends les pilules de Dupuytren jusqu'à disparition complète de l'affection.

« Trois semaines de traitement. — Guérison complète. L'induration a disparu.

« N. B. La douce température du Brésil a peut-être contribué tout autant que le traitement à la cicatrisation de la plaie.

« 1838, 1839 et 1840. — Plusieurs invasions de douleurs qui semblent rhumatismales, et provoquées par diverses vicissitudes atmosphériques.

« En 1841, à Toulon. — Avril. — Sans cause appréciable, il survient une otite gauche, très-douloureuse. — Sangsues derrière l'oreille, catapl. laudanisés ; la douleur diminue. — Deux jours après, gêne et douleur dans les muscles de la région cervicale gauche. La tête reste, malgré moi, penchée du côté gauche. — Quelques jours après, la douleur se fait sentir derrière l'épaule gauche.

Les opiacés n'agissent plus. — Un ami récemment arrivé de l'Inde me donne un flacon d'huile de cajeput, me vantant ses effets merveilleux dans ce genre d'affections. Je me fais frictionner. L'épiderme se détache, et, à la sixième friction, plus de douleurs à l'épaule, mais vives douleurs aux articulations coxo-fémo-

rales. Deux jours après, elles reviennent à l'épaule. Sur ces entrefaites, je pars pour Tunis et me borne à faire des fomentations sèches sur la partie endolorie. Arrivé à Tunis, je prends un bain de vapeur à la turque. Le massage de la partie affectée est extrêmement douloureux ; je le supporte cependant dans l'espoir d'être soulagé. Le lendemain, je suis fort surpris d'avoir à la tête, au-dessus de la bosse occipitale, une grosseur du volume d'une amande, douloureuse au toucher seulement; 24 heures après, même tumeur sur le pariétal gauche. Ces tumeurs disparaissent au bout de huit jours; mais alors commence, *au tiers inférieur du fémur gauche,* un *gonflement profond*, à bosselure antérieure, ayant une forme allongée et ovalaire. — Les douleurs, sourdes d'abord, augmentent de jour en jour. Les frictions opiacées restent sans effet. — Vésicatoire sur la tumeur, vive douleur sans amélioration. Huit jours après, frictions mercurielles, pas d'amélioration. — Un emplâtre de Vigo est maintenu en permanence sur la tumeur. Les douleurs augmentent et sont parfois intolérables. Hydrochlorate de morphine à l'intérieur. — Repos momentané. — Plus tard, ce médicament restant sans action, j'augmente la dose et la porte jusqu'à 5 centigrammes : à cette dose, les vomissements, qui survenaient toujours six heures environ après son ingestion, me forcent à sa suppression complète. — Je reviens à Toulon, où l'on me conseille les préparations d'argent préconisées par le docteur Serres. — Pilules à l'intérieur, pommade localement. — Un mois de traitement. — Peu d'amélioration. Je pars pour Cadix.

« 1842. — Le mieux survenu à Toulon pendant mon séjour à terre disparaît bientôt à la mer, et le gonflement revient à peu près comme il était auparavant. — Gêne dans la progression. La flexion de la jambe sur la cuisse est impossible et douloureuse. La douleur que j'éprouvais dans le principe, à Tunis, était perforante, et assez semblable à celle que ferait éprouver une vrille enfoncée et mise en mouvement dans l'os. A Cadix, elle était devenue sourde et obtuse. Soit que les élancements fussent moins violents, soit habitude, le mal était supportable ; mais la tumeur augmentait dans tous les sens, affectant toujours la même forme (ovalaire) : elle avait alors environ cinq ou six centimètres de longueur et semblait soulever la portion charnue du muscle droit antérieur. — Fatigué de tout traitement, pendant environ trois mois je me contente, pour me préserver du froid glacial que j'éprouve dans cette partie, d'envelopper la cuisse de flanelle et de taffetas gommé. C'était au mois de juillet; j'étais en Andalousie et dans une des contrées les plus chaudes de l'Es-

pagne, constamment couvert de vêtements de drap et muni souvent de plusieurs caleçons de laine tricotés sur la peau. Malgré toutes ces précautions, rarement j'obtenais même une légère moiteur à la cuisse malade, tandis que le corps entier était couvert de sueur.

« En septembre, je fais un voyage à Gibraltar. — Ayant entendu vanter le baume Opodeldoch préparé en Angleterre, je me décide à en faire usage. — J'emploie deux flacons. Pas de changement. — J'ai recours alors aux *gouttes noires* en friction; elles sont encore sans résultat. — Je retourne à Cadix et fais usage d'une pommade (en grande réputation dans toute l'Espagne) connue sous le nom de *Balsamo de Fullola.* Quinze jours après, grande amélioration. La progression est plus facile. — Je continue les frictions pendant environ quatre mois. — Cette médication calme les douleurs; mais la tumeur, qui avait sensiblement diminué d'abord, reste stationnaire. Je me borne désormais à ce seul traitement.

« 1843. — En mars, je reviens à Toulon, décidé à aller aux eaux. Divers médecins de la marine me le conseillent. En attendant l'ouverture des bains de Gréoulx, je vais à Saint-Chamas, chez M. le docteur Boze, prendre des bains et des douches de vapeurs aromatiques. Ce fut alors, M. le docteur, que, n'obtenant pas de cette médication le succès que nous espérions, nous vînmes vous consulter.

« La tumeur, située alors un peu au-dessus du tiers inférieur de la cuisse gauche, avait environ treize centimètres de longueur. Le muscle droit antérieur semblait soulevé, le couturier déjeté en dedans et le triceps en dehors. En soulevant les muscles de la partie antérieure, le fémur semblait avoir triplé de volume à sa partie moyenne. L'articulation tibio-fémorale, entièrement saine, n'était gênée que dans ses mouvements de flexion sur la cuisse, qui ne s'exécutaient qu'à demi. La douleur sourde, bien diminuée, était pourtant continuelle et troublait presque toujours mon sommeil de nuit.

« 1843, avril. — Je prends, d'après vos conseils, dans une tisane de saponaire, l'iodure de potassium à la dose prescrite : *dès le troisième jour, un mieux sensible a lieu ; la douleur diminue et disparaît. Dès le huitième jour, le sommeil n'est pas troublé. Les mouvements de flexion deviennent plus faciles, et sont complets un mois après.* — J'ai pris intérieurement 90 grammes d'iodure. A 50 grammes environ, la guérison était complète, et c'est pour la consolider que j'ai atteint le chiffre de 90. J'oubliais que j'avais en même temps employé en frictions, et localement, deux petits

pots de pommade d'iodure de mercure. — Ce traitement m'a guéri complétement, et quoique le fémur semble encore d'un tiers plus volumineux que l'autre, et que la jambe n'ait pas encore repris toute son énergie primitive, je n'en considère pas moins ma guérison comme accomplie, et je sens de plus en plus combien j'ai des remerciements à vous adresser, de même qu'au médicament que vous m'avez prescrit. »

On ne saurait mettre en doute, ce me semble, que la tumeur dont nous venons de parler ne fût de nature syphilitique. Les antécédents du malade, les ulcères vénériens mal traités dont il avait été plusieurs fois atteint, cette douleur sourde qui *troublait presque toujours le sommeil de nuit*, et qui avait la tumeur pour siége ; la résistance qu'elle offrait contre les divers moyens par lesquels on l'avait combattue, etc., tout s'accordait à la faire considérer comme due à une cause vérolique. Et cependant, tandis qu'une foule de moyens employés n'avaient pu en arrêter la marche, à l'exception du baume de Jullola (dont nous ignorons la composition), qui toutefois n'avait pu la faire résoudre malgré quatre mois de frictions, il suffit d'un traitement par l'iodure de potassium pour amener une amélioration non obtenue jusqu'alors. Ainsi, dès le troisième jour, il y eut de la diminution dans les douleurs nocturnes; dès le huitième, le sommeil n'en fut plus troublé; un mois après, les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, qui ne s'exécutaient qu'à demi, furent devenus complets. Et quoiqu'il reste encore un certain degré d'hypertrophie osseuse, on n'en doit pas moins considérer la guérison comme obtenue; d'autant mieux que, quoique le médecin auquel cette observation se rapporte ne nous ait donné de ses nouvelles que six mois après avoir fini son traitement, rien n'annonçait encore le retour des douleurs ostéocopes ni d'aucun autre symptôme morbide qu'on pût attribuer au vice constitutionnel qu'avait fait naître en lui la syphilis. Ce fait nous fournit donc encore un de ces triomphes de l'iodure de potassium d'autant plus remarquables que, sans ce médicament, l'art eût été probablement d'une grande impuissance contre cette grave exostose qui eût détruit la carrière d'un chirurgien de mérite, eût empoisonné et sans doute aussi abrégé son existence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## 11. *Recherches sur les névralgies traitées par le quinquina et ses préparations;* par le docteur E. Hermel.

(Suite : *voir* t. III, mars 1846, p. 36.)

(Gazette médicale de Paris, N° 9, 1846.)

*Névralgies erratiques symptomatiques affectant le type intermittent; aménorrhée; névralgies coïncidant avec l'invasion d'accès de fièvre quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital; guérison par le sulfate de quinine et l'application de sangsues aux époques mensuelles.*

Obs. VI. — Le 20 décembre 1841, la nommée Raquette, âgée de 23 ans, domestique, est entrée à la salle St-Joseph, n° 10, de l'Hôtel-Dieu.

Depuis trois mois qu'elle est à Paris, ses règles ont toujours été en retard, moins abondantes et douloureuses. Huit jours avant son entrée, elles furent supprimées brusquement par un refroidissement qu'elle éprouva aux pieds et aux bras, en lavant du linge. Depuis, elle fut en proie à un malaise général, avec perte d'appétit, bouche amère, céphalalgie revenant surtout le soir et la nuit; elle ne pouvait se tenir debout sans avoir des étourdissements, des bluettes capables de la faire tomber.

Le 21, pour tenir l'indication fournie par l'embarras gastrique, on lui fit prendre 1 gramme d'ipécacuanha en poudre macéré douze heures dans un litre d'eau, ce qui provoqua des vomissements et des selles.

Le 22, son état n'était point amélioré. L'indication de la saignée ayant été reconnue par la dureté et la plénitude du pouls, on la remplit en lui tirant 8 onces de sang.

Le 23, ayant fixé son attention sur les phénomènes qu'elle éprouvait et l'heure de leur apparition, on reconnut des accès de fièvre commençaut par des frissons suivis de sueurs paraissant tous les soirs. On prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine dans un julep à prendre dans l'intervalle des accès.

Le 24, elle se plaignit d'une douleur siégeant sur le nerf frontal du côté gauche, s'étendant à la partie supérieure de la tête, quelque fois jusqu'à l'occiput, commençant par de la chaleur; elle n'éprouvait point d'élancements ni de douleurs à la pression, dans l'intervalle des accès. Ces douleurs fixes, qui arrivaient pendant la période de chaleur de la fièvre, duraient environ deux heures, pendant lesquelles la malade n'osait faire aucun mouvement dans la crainte de les exaspérer. La rate était volumineuse. Nous apprîmes qu'à l'âge de 15 ans elle avait eu des fièvres intermittentes qui avaient duré un an.

Jusqu'au 4 janvier 1842, c'est-à-dire pendant environ douze jours, son état ne changea pas sensiblement. On lui administrait le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes. Ce jour, elle devint sourde pendant son accès. Néanmoins, on continua la même prescription.

Le 5, elle eut des frissons et des fourmillements dans les jambes, suivis de chaleur sans sueur. (Sulfate de quinine id.)

Le 7, l'accès ne parut point. On cessa le sulfate de quinine.

Le 8, elle se trouvait très-bien, lorsqu'en faisant un effort pour aider une malade à monter dans son lit, elle fut prise subitement d'un violent mal de tête (comme d'un coup de marteau, dit-elle), de douleurs dans les bras et les jambes, d'un frisson qui dura environ une heure, et de chaleur suivie de sueur qui durèrent quatre heures; bref, elle eut un nouvel accès. On recommença l'administration du sulfate de quinine à la dose d'un gramme 5 centigrammes.

Le 9, l'accès reparut et s'accompagna de douleurs dans les lombes et les hypochondres, qui paraissaient annoncer le retour des règles, car elle était à l'époque de les attendre. (Même prescription.)

Le 10, elle eut la fièvre toute la journée avec des alternatives de frisson et de chaleur, une douleur de tête fixe fronto-occipitale, une grande sensibilité du cuir chevelu, et toujours des douleurs dans les lombes et les hypochondres. (Même prescription.)

Le 11, même état. (Id.)

Le 12, elle n'eut point d'accès de fièvre. Sur les trois heures après midi, elle sentit quelques douleurs, des picotements à la partie inférieure externe du sein gauche, à l'épaule dans le milieu de la distance de l'acromion au cou. Ces douleurs, que la pression du doigt pouvait déterminer, s'étendaient le long du bord inférieur de quelques côtes, entre le muscle grand dorsal et le grand pectoral; elles retentissaient en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et gênaient sa respiration; elles étaient lancinantes, piquantes comme des aiguilles, dit-elle. On porta à 2 grammes le sulfate de quinine, et on fit appliquer huit sangsues aux aines.

Le 14, point de fièvre, plusieurs frissons et plusieurs bouffées de chaleur sans sueurs; céphalalgie, étourdissements; les douleurs du côté gauche étaient passées. (Sulfate de quinine, même dose.)

Le 15 et le 16, elle eut deux accès légers. Les règles n'ayant point paru, on appliqua de nouveau huit sangsues aux aines, et on continua le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes.

Le 17, la douleur, suivant le trajet d'un nerf intercostal, avait reparu pendant un léger accès de fièvre ; le volume de la rate avait diminué. On porta le sulfate de quinine à 3 grammes.

Le 18, même état. On élève de nouveau la dose de sulfate de quinine à 4 grammes.

Du 20 au 24, la fièvre cessa ; elle reparut le 25 à l'occasion d'une fatigue, et cessa de nouveau le 28. La rate avait diminué de trois travers de doigt : elle était revenue à son volume normal.

A dater de cette époque, elle n'eut plus qu'un accès de fièvre le 8 février.

Le 10 février, les règles arrivèrent à la suite d'une application de quatre sangsues aux aines ; la fièvre ne reparut plus. Elle sortit, sans avoir eu de nouvel accès, le 16 février, c'est-à-dire six jours après le dernier, promettant de revenir si elle en éprouvait de nouveaux. Nous ne l'avons point revue.

— Cette observation est féconde en considérations médicales. Sous le rapport des névralgies erratiques qui ont apparu, nous trouvons d'abord l'application des remarques que nous avons faites aux précédentes, savoir : 1° le début de la maladie ; 2° l'imparfaite limitation des douleurs et la difficulté de les circonscrire dans l'intervalle des accès ; 3° la mobilité de leur siége ; 4° la régularité des accès ; 5° le mode d'apparition des douleurs, qui arrivent toujours pendant des phénomènes qui ressemblent à un stade d'accès de fièvre intermittente,

Sous le rapport de la fièvre qui accompagnait les douleurs, elle donne lieu à d'autres réflexions que nous avons fait pressentir dans nos préliminaires. Ainsi cette jeune fille, qui a déjà subi anciennement l'influence de ces fièvres, chez laquelle la rate avait pris un volume anormal, en est atteinte de nouveau, à la suite d'un dérangement, d'une suppression des menstrues. N'avons-nous pas lieu de croire que cette suppression, qui, chez toute autre, aurait pu être la cause d'une autre maladie, a déterminé plutôt la fièvre intermittente, par cela seul qu'elle en avait été affectée précédemment ? On ne peut rien affirmer à cet égard ; mais il y a quelques présomptions en faveur de cette opinion.

Nous sommes aussi autorisé à penser que cette fièvre intermittente survenue à la suite de la suppression des menstrues, persistant jusqu'à leur rétablissement, était entièrement sous la dépendance de l'aménorrhée. Ne doit-on pas dire qu'elle en était symptomatique ? Oui certainement.

Si nous examinons l'influence du sulfate de quinine, nous voyons avec quelle difficulté on est parvenu à modifier les accès, à quelle dose il a fallu le porter. On peut dire que la cessation

subite de son emploi a exposé la malade à la rechute qu'elle a éprouvée. Cependant, par la marche et les circonstances du développement de cette fièvre, nous pensons que les rechutes étaient d'autant plus imminentes que l'indication donnée par le point de départ de la maladie ne serait point remplie.

Par conséquent, l'indication de l'emploi du sulfate de quinine était subordonnée elle-même à une autre indication tirée de la nature même de la maladie, l'aménorrhée.

*Névralgies erratiques essentielles à type intermittent, datant de trois semaines; douleurs générales ; localisation des douleurs sur différents trajets nerveux; fourmillements; crampes dans les membres supérieurs; accès peu réguliers; sulfate de quinine; sortie avant guérison.*

Obs. VII. — Le 4 avril 1842, la nommée Pélagie Gaillard, âgée de 23 ans, domestique, est entrée salle Saint-Joseph, n° 8, de l'Hôtel-Dieu.

Après un rhume très-fort qui dura longtemps, elle fut prise, trois semaines avant son entrée, de douleurs très-vives dans tous les membres, aux lombes, entre les épaules, et surtout dans le côté droit de la tête, où elles parurent se fixer principalement. Elle eut aussi la fièvre tous les jours; mais nous n'avons pu savoir positivement de la malade si la fièvre a précédé ou suivi les douleurs.

Lors de son entrée, elle éprouvait, à des heures variables, un frisson, puis de la chaleur, pendant laquelle les douleurs, et surtout celles de la tête, s'exaspéraient; ces paroxysmes se terminaient par une sueur. En même temps elle éprouvait des fourmillements, des crampes dans les bras, et particulièrement aux mains. Dans l'intervalle des accès, les douleurs existaient encore d'une manière vague; cependant on les développait difficilement par la pression, à l'émergence du nerf mentonnier, au sous-orbitaire, au temporal et à l'occipital.

Le 5, les règles parurent aussi bien que de coutume. On voulut voir si la maladie n'en serait point modifiée : on attendit.

Le 6, la fièvre était venue la nuit précédente ; le frisson avait duré peu. On commença à donner le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes en quatre pilules.

Le 7, elle eut vers les six heures du soir un accès léger qui se borna à un peu de chaleur, suivie de moiteur durant l'espace d'une heure. Les douleurs nerveuses furent très-calmées.

Le 8, elle se trouva bien.

Le 9, elle se plaignit d'avoir la fièvre depuis la veille au soir. Elle avait refusé de prendre ses pilules ; elle sortit.

— Bien que cette observation soit incomplète, on peut lui appliquer les remarques faites aux précédentes : 1° début de la maladie ; 2° imparfaite limitation des douleurs dans le premier moment ; 3° paroxysmes dont on n'a pu déterminer rigoureusement la régularité ; 4° mode d'apparition des douleurs qui présente précisément les trois stades de la fièvre intermittente.

Tout en regrettant que la malade ait préféré sortir plutôt que de suivre le traitement, ce qui ne nous a pas permis de vérifier jusqu'à la fin le diagnostic et la thérapeutique, nous voyons que le sulfate de quinine avait tout d'abord modifié les accès d'une manière avantageuse.

*Névralgie rémittente essentielle de quelques rameaux du nerf trifacial, datant de quinze jours ; guérison par le sulfate de quinine et le quinquina en six jours, c'est-à-dire disparition des douleurs spontanées ; persistance de la céphalalgie et de la sensibilité à la pression ; diminution progressive par la continuation du même médicament ; guérison complète après dix-neuf jours.*

Obs. VIII. — Cécile Journo est entrée le 1er novembre 1841 à la salle Saint-Joseph, n° 6, de l'Hôtel-Dieu. Elle souffrait depuis quinze jours de douleurs lancinantes vers la bosse pariétale du côté droit. Depuis, ces douleurs ont descendu et se sont étendues au trou sus-orbitaire, à la tempe, au grand angle de l'œil, au trou sous-orbitaire. Ces douleurs étaient continuelles, pongitives, et avaient des redoublements pendant lesquels l'œil devenait rouge, larmoyant, le sourcil se contractait. Durant huit jours, ces redoublements vinrent la nuit ; depuis le même temps, ils viennent dans le jour, à plusieurs reprises. A cette dernière époque, on la saigna deux fois en deux jours, sans qu'elle en éprouvât de soulagement. Elle ajoute qu'elle avait la fièvre en même temps que ces redoublements ; sa santé, du reste, n'était point autrement altérée.

Le 2, lorsque nous l'examinâmes, tous les points indiqués plus haut étaient très-douloureux à la pression du doigt. L'accès de la veille avait paru vers une heure après midi et avait duré jusqu'à trois heures du soir. Ce jour, au moment de la visite (huit heures), elle commençait à sentir un nouvel accès. On lui prescrivit 20 centigr. de sulfate de quinine dans une potion avec extrait de quinquina, à prendre dès la cessation du paroxysme.

Le 3, l'accès que nous avons vu commencer la veille a duré jusqu'à midi. A cinq heures, une légère recrudescence parut. Elle

dormit bien toute la nuit, éprouva de la sueur vers le matin, et se trouvait très-bien comparativement à son état antérieur, car elle sentait encore des douleurs fixes. Nous trouvâmes un point douloureux qui n'avait pas été exploré la veille : c'était en arrière de l'apophyse mastoïde. (Même prescription.)

Le 4, elle eut des douleurs qui alternaient dans tous les points dont nous avons parlé. Les accès ont paru, l'un de dix heures à midi, l'autre de six heures à onze heures du soir. Elle eut aussi des alternatives de frisson et de chaleur. (Même prescription.)

Le 5, elle n'avait pas eu de redoublement ; elle se plaignit de céphalalgie ; elle n'avait eu ni frisson ni sueur. Les mêmes points étaient douloureux seulement à la pression. (Même prescription.)

Le 6, hier des douleurs moins aiguës ont reparu et ont duré de dix heures du matin à quatre heures de l'après-midi. A cette heure-là, des sueurs abondantes sont survenues, ont duré jusqu'à onze heures, et en même temps les douleurs se sont passées.

Du 7 au 14, elle n'éprouva plus de douleurs névralgiques ; elle se plaignait de temps en temps de céphalalgie ; nous remarquâmes qu'elle apparaissait tous les deux jours. Jusque-là tous les points d'où partaient les douleurs étaient restés très-sensibles à la pression. Peu à peu cette sensibilité s'émoussa et disparut. On cessa le sulfate de quinine et l'extrait de quinquina. Elle sortit guérie le 19, dix-neuvième jour depuis son entrée.

—Nous devons remarquer encore ici : 1° le début de la maladie par des douleurs névralgiques ; 2° la parfaite limitation des douleurs, même dans la rémission ; 3° la régularité des exacerbations ; 4° le mode d'apparition des douleurs, qui s'est faite d'emblée à chaque accès, paraissant en même temps que la fièvre, mais disparaissant incomplétement avec elle.

D'après ces signes, nous sommes fondé à dire qu'il s'agissait d'une névralgie essentielle rémittente, car les douleurs ne cessaient pas complétement.

Nous noterons en passant que le type peu marqué au commencement a présenté des variations : ainsi, double quotidien avançant de deux heures, les deux accès se sont confondus une fois en un seul, puis le type tierce s'est établi dans les symptômes persistants.

L'insistance que l'on a mise à l'emploi du sulfate de quinine est justifiée par l'apparition régulière de la céphalalgie aux heures des accès.

*Névralgie intermittente du nerf trifacial consécutive à un asthme, avec catarrhe et emphysème, cédant par l'apparition des hémorrhoïdes.*

Obs. IX. — Le 13 décembre 1842 est entré, salle Ste-Madeleine, n° 6, le nommé Tournafeol, âgé de 59 ans, journalier.

Il guérit assez facilement, dans l'espace de quinze jours, d'un catarrhe dont il était affecté. Deux ou trois jours après, il éprouva une violente douleur de tête du côté gauche, et bientôt une névralgie très-douloureuse se déclara. Des douleurs lancinantes siégeaient au trou sous-orbitaire, à la tempe; plus tard, le rameau nasal de la branche ophthalmique fut affecté. Une chaleur assez vive apparaissait au côté gauche de la tête ; l'œil devenait larmoyant, la conjonctive rouge, ainsi que les paupières ; la pression du doigt exaspérait les douleurs aux points indiqués plus haut. Cette névralgie prit le type intermittent quotidien ; elle reparaissait tous les matins à six heures, durait jusqu'à midi ou une heure, et n'était précédée d'aucun frisson, d'aucune chaleur générale, ni suivie de sueur.

On administra le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes. Il fut soulagé au quatrième accès qui suivit son administration ; mais elle reprit sa première intensité, et ses accès continuèrent à paraître aux mêmes heures. Ce fut inutilement que l'on continua vingt jours ce médicament, en lui associant l'infusion de café. Enfin, sans que l'on y songeât, des hémorrhoïdes se manifestèrent par un léger flux sanguin en allant à la selle. L'accès suivant ne parut point, et de ce moment il fut guéri de sa névralgie. On favorisa la fluxion hémorrhoïdaire par des pilules d'aloès, et huit jours après il était difficile de provoquer des douleurs névralgiques, même par une forte pression. Cependant il avait un peu de gonflement au nez, du côté gauche; il y éprouvait une légère douleur et de la démangeaison. On lui fit respirer de l'éther qui fit disparaître ces nouveaux symptômes, et le 31 janvier il sortit guéri.

—Dans cette observation, on voit que le type seul nous induisit en erreur pour l'indication qu'on devait en tirer. Cependant nous pouvions remarquer, à quelques modifications près, les mêmes caractères que nous avions signalés aux précédentes. Ainsi : 1° le début de la maladie qui n'avait pas été la névralgie d'emblée, elle avait été précédée de migraine ; on n'avait point reconnu non plus les stades d'un accès de fièvre : or, la migraine qui avait débuté paraissait si peu importante qu'on n'y fit point attention ; 2° la parfaite limitation des douleurs pendant les paroxysmes

semblait encore indiquer une névralgie essentielle ; 3° la régularité des paroxysmes était une indication spéciale manifeste pour l'emploi du sulfate de quinine ; 4° le mode d'apparition des douleurs ne donnait aucune contre-indication.

Mais si nous n'avons point reconnu que cette névralgie était symptomatique des hémorrhoïdes, elle ne peut infirmer les règles générales que nous posons dans le traitement de ces maladies ; elle confirme au contraire la première que nous avons donnée, savoir : d'établir toujours la distinction des névralgies idiopathiques ou symptomatiques. De plus, elle nous montre quels soins on doit apporter dans l'examen des malades pour connaître l'état habituel de leur santé, leurs maladies antérieures, etc.

Nous avons donc eu la raison de l'insuccès du sulfate de quinine, et nous avons la preuve que son indication peut être soumise à certaines circonstances, à des contre-indications, ce que nous avions promis de démontrer en commençant ce travail.

*Résumé.* — Dans les observations qui précèdent, nous avons vu cinq cas de névralgie intermittente essentielle ; deux cas de névralgies erratiques affectant le type intermittent, dont l'une était symptomatique (obs. VI) et l'autre essentielle (obs. VII) ; une névralgie rémittente essentielle ; une névralgie intermittente symptomatique d'hémorrhoïdes.

Nous avons donné ces titres à nos observations, d'après les considérations auxquelles elles ont donné lieu par les remarques qui sont à la suite de chacune d'elles.

Ainsi, nous avons dit que l'indépendance d'une névralgie de toute autre affection, la fixité de son siége primitif, son apparition d'emblée à ce siége et sa terminaison sans autres symptômes que la cessation progressive des douleurs nerveuses, étaient les caractères de la névralgie essentielle.

Nous avons dit que le type que ces névralgies ont affecté présentait l'indication suffisante pour motiver l'emploi du quinquina et de ses préparations ; nous l'avons vu réussir.

Nous avons fait remarquer la résistance que les accès de douleur présentaient à l'usage de ce médicament, surtout dans les *névralgies intermittentes essentielles.* Cette remarque établit une différence d'action du quinquina sur les fièvres intermittentes dont le premier accès est modifié après la première administration. De même, quand les névralgies intermittentes coïncidaient avec des phénomènes présentant quelque analogie avec les stades de la fièvre de ce type, elles étaient modifiées aussi dès les premiers accès par les premières doses de sulfate de quinine. Mais les névralgies intermittentes ont de commun avec ces fièvres la

tendance aux rechutes, aux récidives, et l'irrégularité des paroxysmes qui surviennent souvent dans ces rechutes. Par conséquent, il est nécessaire d'insister un certain temps sur la médication.

Pour les névralgies intermittentes symptomatiques, nous avons fait voir qu'elles dépendaient d'autres maladies ou d'autres affections ; que la fixité de leur siége n'était pas aussi générale que pour les névralgies essentielles ; que la marche qu'elles suivaient pouvait présenter la même régularité et affecter le type intermittent; mais que ce type seul ne donnait plus une indication suffisante pour employer l'antipériodique spécifique ; qu'il fallait encore que la maladie dans laquelle la névralgie apparaissait comme symptomatique en réclamât l'emploi.

Nous avons noté encore que dans les névralgies qui coïncidaient avec des phénomènes de fièvres intermittentes, l'apparition des douleurs ne se faisait point aussi franchement ; qu'elles étaient presque toujours précédées ou suivies de symptômes qui ressemblaient à un des stades de ces fièvres, sans cependant en présenter tous les caractères.

Si ces névralgies sont symptomatiques d'une autre maladie ou d'une affection qui ne soit point une fièvre intermittente ou rémittente, le quinquina ne réussit qu'autant que l'on traite avec succès la maladie ou l'affection principale.

Enfin, nous avertirons d'un caractère commun aux névralgies intermittentes, qu'elles soient essentielles ou symptomatiques : c'est que, en général, dans l'intervalle des paroxysmes, il est difficile de limiter les douleurs par la pression du doigt dans toute l'étendue qu'elles occupent pendant les accès. Ce caractère est beaucoup plus remarquable, plus général dans les névralgies symptomatiques que dans les névralgies essentielles, et peut concourir à poser le diagnostic.

*Conclusions.* — 1° Il y a des névralgies essentielles ou idiopathiques qui affectent le type intermittent ou rémittent. Ces névralgies sont traitées avec succès par le quinquina et ses préparations.

2° Il y a des névralgies qui apparaissent avec un mouvement fébrile ou à la suite de frissons ou de bouffées de chaleur, qui ont de l'analogie avec un des stades de la fièvre intermittente. Comme les précédentes, elles guérissent aussi par l'emploi de l'antipériodique spécifique.

3° Il y a des maladies qui présentent dans leur cours un plus ou moins grand nombre d'affections diverses : telles sont la goutte, les scrofules. Lorsqu'une des affections symptomatiques de ces

maladies vient à disparaître, soit, par exemple, les hémorrhoïdes, et que des névralgies apparaissent, le meilleur et même le seul moyen de guérir ces névralgies, eussent-elles le type intermittent, c'est de rétablir l'affection qui les avait précédées. Ces névralgies ne réclament point la médication du quinquina.

4° Dans les névralgies à type intermittent qui sont symptomatiques d'une maladie ou d'une affection qui ne présente point ce type, le quinquina et ses préparations peuvent être employés comme moyen accessoire pour combattre la douleur nerveuse intermittente si elle persistait, comme on l'a vu dans notre observation VI.

5° On ne doit pas compter sur la modification des premiers accès dès les premières doses du médicament, surtout pour les névralgies intermittentes essentielles.

6° Les névralgies intermittentes, comme les fièvres du même type, présentent souvent des rechutes, des récidives. C'est pourquoi il faut continuer l'administration du quinquina ou des préparations, non-seulement après la disparition de tous les symptômes, mais encore pendant l'espace d'un septénaire environ.

Nous ajouterons un mot sur l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine. Tout le monde sait qu'ils ne sont pas absolument succédanés l'un de l'autre, et qu'il est souvent nécessaire de les administrer concurremment. A quelles doses peut-on et doit-on porter le sulfate de quinine pour en obtenir tout l'effet sans craindre d'accidents? Il est impossible de chiffrer ces doses, puisque, suivant la susceptibilité du malade, l'espèce de préparation du sulfate de quinine, elles sont très-variables. Mais ce qui n'est point variable, ce que nous avons vu de constant, c'est qu'il y a chez tous les malades un degré de tolérance reconnaissable, qu'il serait au moins imprudent de dépasser. Au bout d'un certain temps de son administration, faite, si besoin a été, en augmentant progressivement les doses, lorsque l'on arrive à 2, 3 ou 4 grammes dans les vingt-quatre heures, les malades éprouvent d'abord des bluettes, des éblouissements, puis des vertiges, puis des bourdonnements d'oreille, de la céphalalgie gravative. Dès que ces symptômes apparaissent, on doit diminuer la dose. Telle est la mesure que l'on doit suivre : de cette manière jamais nous n'avons vu son administration suivie d'accidents.

Aux observations, on a vu la formule que l'on a employée le plus souvent ; c'était :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. : Julep gommeux. . . . . | 120 | grammes. |
| Sulfate de quinine. . . . | 1 à 4 | — |
| Acide sulfurique . . . . | 1 à 4 | gouttes. |
| Sirop, sucre. . . . . | quantité suffisante. | |

A prendre à la fin des accès, s'ils étaient très-rapprochés, ou dans leur intervalle en quatre fois.

Si quelques symptômes persistaient, quoique le degré de tolérance du sulfate de quinine eût été atteint, on faisait prendre en outre une infusion de café torréfié après les repas.

Dans les cas où cela ne suffisait pas, on ajoutait à la potion 2 à 4 grammes d'extrait de quinquina.

Telles sont les différentes méthodes par lesquelles nous avons vu administrer avec succès le sulfate de quinine et le quinquina dans les névralgies.

---

12. *Considérations sur l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque ;* par le docteur E. Carrière.

(Annales médico-psychologiques, mars 1846.)

L'acétate d'ammoniaque (esprit de Mindérérus), qui est maintenant très-employé, a été l'objet de recherches et d'expériences très-curieuses, avantage que malheureusement beaucoup d'autres médicaments destinés à jouer un rôle actif dans la thérapeutique ne partagent pas avec lui. Si je ne me trompe, c'est M. Jules Cloquet qui, en France, a commencé à fixer l'attention des médecins sur l'acétate d'ammoniaque. Il avait observé que ce médicament calmait l'éréthisme nerveux qui est à la fois la cause et l'effet de la brusque suppression des menstrues. Après l'administration de quelques cuillerées d'une potion dans laquelle l'esprit de Mindérérus entrait à la dose de 4 à 5 grammes, ou, en d'autres termes, sous l'influence de 2 à 4 grammes du médicament, il s'opérait une prompte sédation dans les symptômes, et l'écoulement supprimé se rétablissait. Si on augmentait la dose en outrepassant la limite de 4 à 5 grammes, il se produisait un effet absolument différent : le médicament sédatif devenait un sudorifique ; et sous l'influence des sueurs, dont l'abondance et la durée variaient suivant le tempérament du sujet, l'écoulement ne reparaissait pas, mais la persistance de la suppression n'empêchait pas l'équilibre de se reproduire. En apparence, l'acétate d'ammoniaque a donc une action double : à petite dose, il calme ; à haute dose, il provoque une excitation générale, dont le siége principal se fixe dans les capillaires de la peau. Dans nos formulaires de matière médicale, on sépare ces deux modes d'action ; et on croit avoir fait une analyse complète de l'action thérapeutique de la substance, lorsqu'on l'a considérée sous ce double point de vue. Cependant un tel procédé fait méconnaître le vrai caractère d'un médicament aussi utile, au lieu de ne rien laisser

à désirer sur ce sujet. Ce qu'il faut, c'est se bien rendre compte des relations des effets entre eux, quelque opposés qu'ils paraissent. Cette méthode, qui jetterait un grand jour, si on la suivait fidèlement, sur le mode d'action et les limites d'influence des agents modificateurs de l'économie, conduit à cette conséquence touchant les qualités médicamenteuses de l'acétate d'ammoniaque, à savoir : que cette substance n'agit que d'une seule manière malgré les apparences, et que la sédation qui rappelle l'écoulement menstruel et la transpiration qui neutralise les résultats ordinaires de la suppression, viennent absolument de la même cause. La suite le prouvera bientôt.

Peu de temps après les expériences de M. Jules Cloquet, M. Brachet, de Lyon, inséra dans les *Archives de Médecine* de très-curieuses observations sur l'esprit de Mindérérus. Il fut conduit à ce genre de travail par une série de faits du plus grand intérêt. M. Brachet, qui est à la fois un homme sérieux et un médecin réfléchi, n'ajoutait pas une grande confiance à l'opinion de l'école de Broussais sur la cause de la fièvre intermittente. Il ne pouvait admettre que la gastro-entérite fût le boute-feu de ce désordre périodique, dont on triomphe avec les toniques et non pas avec les médicaments en usage contre les inflammations. Il préféra croire que la cause des fièvres intermittentes tenait étroitement à une modification particulière du système nerveux; toutefois ce n'était qu'une opinion assez probable, mais qu'il fallait vérifier. Voici donc comment opéra M. Brachet pour arriver à ce résultat. Il se leva de son lit pendant plusieurs nuits à heure fixe pour aller se plonger dans la Saône : c'était au mois d'octobre, à une époque de l'année où l'eau commence à prendre la température de l'hiver, et où l'impression du passage d'un lieu chaud dans un milieu froid doit être assez vive. A la première immersion, M. Brachet ne put rester qu'une demi-heure dans l'eau. Peu à peu l'habitude modifia sa sensibilité, et il lui fut possible d'y rester une heure entière. Mais au bout de ce temps-là le frisson était si vif, qu'il ne pouvait résister davantage. C'est alors qu'il s'habillait avec promptitude, et que, regagnant son logis au pas de course, il préparait une réaction que la chaleur du lit ne tardait pas à porter au plus haut degré. La période de chaud succédant régulièrement à la période de froid sous l'influence de ce régime, c'était une fièvre intermittente que M. Brachet était parvenu à développer chez lui. Au bout de quelques jours, le médecin cessa ces immersions nocturnes; mais, la cause enlevée, les effets ne cessèrent pas. Ainsi, aux heures où le bain froid avait lieu, le frisson se développait mal-

gré la chaleur du lit ; et au moment où la réaction se produisait à la suite du bain, cette première impression cessait pour faire place à l'impression contraire : la fièvre intermittente se continuait. Evidemment la gastro-entérite était inadmissible comme cause du phénomène. Les immersions avaient agi sur le système nerveux en modifiant les conditions normales de la circulation du fluide : c'était la seule explication qui présentât des probabilités. Mais comment interrompre cette affection périodique qui se répétait depuis quelques nuits avec la plus exacte régularité ? M. Brachet en était à se poser cette question, lorsqu'il fut guéri de la manière suivante. Il fut appelé pour voir un malade à la Croix-Rousse, à l'heure de la nuit où l'accès allait se montrer. La rapidité de la marche depuis son domicile jusqu'à celui du malade avait déjà produit une légère transpiration, lorsqu'en pénétrant dans la chambre, il éprouva l'impression d'une température extrêmement élevée. Sous cette influence, la chaleur augmenta, la transpiration se marqua davantage ; et comme ce moment concordait avec celui pendant lequel le froid et le frisson faisaient invasion, il y eut perturbation dans la succession des périodes de la fièvre, qui désormais ne reparut plus. Cette expérience, qui s'était faite d'elle-même, servit de guide pour le choix du médicament qui devait produire un effet analogue, c'est-à-dire empêcher la période de froid par le développement de la période de chaud. M. Brachet employa l'acétate d'ammoniaque, et les résultats ne laissèrent rien à désirer. Certainement ce médicament ne modifiait pas ou ne faisait pas avorter une gastro entérite, il l'eût plutôt exaspérée ; mais il agissait sur l'influx nerveux en changeant la direction vicieuse que des impressions périodiquement régulières lui avaient fait contracter.

Un trouble de l'innervation qui résulte de l'influence des liqueurs alcooliques cède aussi sous l'administration de l'acétate d'ammoniaque. Mais, dans cette circonstance, l'état morbide (car on peut appeler ainsi l'ivresse) n'est pas assez fort pour produire les phénomènes qui, dans les fièvres intermittentes, se caractérisent par l'invasion du froid et du chaud. Pendant l'ivresse, il y a trouble dans les conditions de la vie de relation, et l'acétate d'ammoniaque doit produire un effet suffisant lorsqu'il est administré, non pas à dose diffusible ou transpiratoire, mais seulement à dose sédative. Ainsi, avec 60 gouttes à peu près de cette liqueur dans un verre d'eau sucrée, les fonctions des sens reprennent leur régularité, il y a rétablissement presque spontané de l'équilibre physiologique. Certainement, l'ivresse amène quelquefois et souvent même des congestions céphaliques,

surtout chez les personnes qui présentent un tempérament sanguin assez prononcé ; mais cet effet cesse par la sédation qui résulte de la distribution régulière du fluide nerveux sous l'influence du médicament. C'est à l'activité nerveuse qu'il faut rattacher, au moins dans cette circonstance, les désordres plus ou moins considérables de la circulation du sang. En suivant la voie des analogies, n'était-il pas logique de tenter l'efficacité de l'acétate d'ammoniaque dans le traitement des courbatures? En apparence, il n'y a guère d'analogie entre les accidents causés par l'abus des boissons enivrantes et cette sorte de maladie ; mais, qu'on y songe bien, il existe plus souvent qu'on ne pense des analogies étroites entre les choses qui paraissent présenter le plus d'opposition. Il n'y a qu'à savoir suivre la chaîne des idées intermédiaires pour parvenir à rapprocher les faits qui semblent le plus éloignés les uns des autres.

Croit-on, en effet, qu'il n'y ait pas dans les courbatures autre chose qu'un rhumatisme général par abolition des fonctions de la peau? L'endolorissement qui se fait partout sentir, l'affaissement qui le complique, sont évidemment le résultat d'un état particulier du système nerveux. Le phénomène tient d'abord à une question de sensibilité ; c'est à la sensibilité qu'il faut attribuer les conditions nouvelles de l'enveloppe cutanée et tout l'appareil secondaire des symptômes consécutifs. Cette filiation est très-facile à établir ; pour la démontrer, il n'est pas même besoin d'entrer dans quelques détails. Dans tous les cas, ce qu'il y aurait d'obscur ou d'incertain disparaîtrait en réfléchissant sur la manière dont agit le médicament. La thérapeutique fournit, en effet, des démonstrations bien concluantes, et explique souvent des phénomènes qui, sans elle, seraient restés incompris. Ainsi, dans l'exemple dont il est question, l'acétate d'ammoniaque administré à petites doses amène la sédation dans les douleurs et la disparition de tous les symptômes. Or, ce n'est pas en provoquant des transpirations que ce résultat est produit ; la peau ne présente pas dans cette circonstance cette moiteur plus ou moins marquée, plus ou moins abondante qui marque les crises par les sueurs. L'état morbide particulier connu en médecine sous la dénomination si peu précise de courbature, cède sans cette diaphorèse que tant de praticiens provoquent avec un si grand zèle et une si grande ferveur de conviction. Quelquefois, il est vrai, une moiteur à peine sensible couvre légèrement l'épiderme, à la suite de cette distribution régulière des forces nerveuses déterminée par le médicament ; mais elle ne suffit pas pour amener la solution des symptômes : ce phénomène ne peut être qu'un

effet consécutif. Ainsi donc, s'il y a afflux de sang dans les capillaires de la peau, et si celle-ci devient le siége d'une crise transpiratoire plus ou moins abondante à la suite de l'administration de l'esprit de Mindérérus, la première cause, la cause réellement efficiente de ce résultat physiologique, tient à l'activité du système nerveux. Le sang obéit à une impulsion, et cette impulsion vitale, qui engendre les phénomènes qu'on observe sur l'enveloppe cutanée, il la reçoit de l'innervation. La thérapeutique n'est pas, comme on le voit, sans utilité pour jeter quelque jour sur la succession des circonstances pathologiques qui forment la mystérieuse histoire des maladies.

Le mode d'action de l'acétate d'ammoniaque dans les cas de difficulté ou de suppression de l'écoulement menstruel s'explique de la même manière. Quand il y a sédation sans transpiration, l'équilibre se rétablit sans la propulsion du sang, si je puis m'exprimer ainsi, jusque dans les ramifications capillaires de la peau, et alors le phénomène de la restitution de la menstruation s'accomplit sans difficulté : le sang n'a pas été déplacé, l'état du système nerveux a été seulement modifié. Mais dans les cas où la sédation se produit par la transpiration, la diffusion du fluide invisible, qu'on est obligé d'admettre pour expliquer les phénomènes de l'innervation, cette diffusion, dis-je, est assez énergique pour entraîner le sang, par une impulsion plus ou moins violente, loin de l'organe où les besoins de l'organisation l'ont accumulé : alors l'état des capillaires amène naturellement la crise par les sueurs. Dans ce cas, il est tout simple qu'il n'y ait pas d'écoulement menstruel et que cette suppression soit sans inconvénients pour la malade. Il se produit, en effet, une sorte de transposition entre deux phénomènes qui s'excluent mutuellement, mais dont l'un est impérieusement exigé pour le rétablissement de l'équilibre : il se fait une compensation. Ainsi c'est toujours le système nerveux qui est mis en jeu sous l'influence de l'acétate d'ammoniaque. Si les effets varient, s'ils changent de forme et de caractère, ils se rattachent toujours à la même cause. On peut et on doit même les considérer comme les deux temps d'un même phénomène.

Les exemples de cette sédation qui a deux voies pour se produire, et qui déterminent avec tant de précision le rôle thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque, sont si nombreux, qu'on n'a, pour ainsi dire, qu'à choisir. En voici un, parmi tant d'autres, qui mérite la préférence. Une dame d'un tempérament nervoso-sanguin, et chez qui la prédominance nerveuse semblait se caractériser de jour en jour, fut prise de coliques et de

vomissements d'une grande violence, une heure après avoir mangé une quantité considérable de champignons. Le repas avait été pris à la suite d'une longue promenade faite dans la campagne par un jour d'humidité. Cette dame était dans ce moment sous l'influence de la fonction périodique, et sa sensibilité paraissait être très-développée. Dès les premières douleurs, la suppression eut lieu. Les vomissements, provoqués par l'eau chaude, durèrent fort longtemps, et les douleurs de l'estomac furent combattues par des fomentations émollientes et calmantes; enfin une forte saignée fut pratiquée. Jusqu'à l'époque présumée de la nouvelle révolution menstruelle, cette dame fut souffrante : rien n'indiquait la nécessité d'une seconde saignée; d'ailleurs ce moyen ne lui réussissait pas, et l'excitation nerveuse qui avait été développée par l'indigestion l'avait fort épuisée. Il était présumable que l'équilibre se rétablirait si l'écoulement périodique avait lieu sans obstacle; mais il ne reparut pas. Des fatigues, des étouffements, des spasmes, voilà les phénomènes qui se manifestèrent à la place de la fonction, dont il fut bientôt impossible d'espérer le retour. La saignée était, pour ainsi dire, interdite, autant par la constitution que par les conditions résultant de la maladie; il fallait donc recourir à un moyen qui la remplaçât avec quelque succès. L'acétate d'ammoniaque fut alors administré à la dose de 35 à 40 gouttes dans un verre d'eau sucrée. Cette dose fut répétée une seconde fois seulement, si mes souvenirs me servent bien, et bientôt les symptômes nerveux se calmèrent, pour disparaître entièrement à la suite d'un phénomène auquel je ne m'attendais pas. La malade jeta de gros caillots de sang qu'elle jugea partir de la poitrine, et dès ce moment sa santé reprit ses conditions ordinaires, et les périodes menstruelles n'éprouvèrent plus la moindre irrégularité. Ici la sédation ne s'est opérée ni par la restitution de la fonction ni par les sueurs. Le résultat peut être considéré comme un moyen terme entre ces deux modes de solution. Il y a propulsion du sang sous l'influence de l'activité nerveuse mise en jeu par le médicament; mais les parties où se porte le fluide présentent une surface trop réduite et une force de résistance trop peu considérable pour que la sédation puisse avoir lieu autrement que par l'hémorrhagie.

Voici un autre exemple tiré de cette trop riche famille des maladies de matrice, qui laissent toujours tant à désirer sous bien des rapports, malgré le nombre si considérable des travaux contemporains. Une jeune dame qui, dans les premiers temps de son mariage, avait beaucoup souffert d'une entérite

aiguë qui passa bientôt à l'état chronique, fut tellement énervée par l'exagération du traitement antiphlogistique auquel elle fut soumise, qu'elle contracta une impressionnabilité nerveuse extrêmement vive. Très-affaiblie par les saignées et le régime qu'on avait cru nécessaire de lui imposer pour obtenir sa guérison, elle était devenue à peu près incapable de résister aux impressions les moins violentes. La plus petite cause produisait souvent des effets alarmants, tant cet organisme était déchu de l'état qui avait précédé sa dernière maladie. Avec de telles conditions physiologiques, des affections graves pouvaient se manifester d'un moment à l'autre, et ce fut précisément ce qui arriva. L'inflammation intestinale se développa de nouveau ; et lorsqu'on fut parvenu à la modérer plutôt qu'à l'éteindre, elle laissa après elle un état morbide, qui est d'autant plus digne d'intérêt que la pratique médicale n'en présente pas de fréquents exemples. La malade éprouvait au-dessous du flanc droit, à la partie de l'abdomen qui correspond à l'ovaire du même côté, une douleur profonde, circonscrite et d'une extrême acuité. Cette douleur donnait tantôt la sensation d'un instrument aigu qu'on aurait enfoncé dans les chairs, tantôt celle d'une brûlure, enfin quelquefois la sensation qu'eût fait éprouver une corde en tirant violemment le point douloureux dans une certaine direction. Ces souffrances n'étaient pas continues ; elles étaient intermittentes et régulièrement intermittentes ; elles faisaient invasion chaque mois pendant la période menstruelle. On eût dit que la fluxion sanguine dont la matrice était le siége déterminait l'apparition de ces douleurs ; mais il est à remarquer que la fonction périodique se faisait avec régularité et abondance, ce qui semble rattacher le phénomène à une cause différente de la fluxion sanguine dans les organes de la génération. D'ailleurs, l'influence de cette cause n'eût été admissible que dans les cas où les attaques auraient précédé de quelques jours ou de quelques heures l'écoulement menstruel, ce qui n'arrivait pas. Un vague sentiment de malaise et de fatigue annonçait à l'avance l'apparition des douleurs. Bientôt l'attaque se caractérisait ; et peu de temps après le moment de l'invasion, la névralgie, de bornée qu'elle était, devenait, pour ainsi dire, générale : il y avait irradiation dans tout le système ; tous les organes semblaient participer à cette souffrance, dont l'ovaire était le point de départ. Cette irradiation se faisait par les principaux troncs nerveux ; car la malade pouvait désigner de la main la marche des douleurs, depuis le centre d'émanation jusqu'aux points les plus éloignés. Une telle condition amenait bientôt la fièvre et les principaux symptômes d'un état inflammatoire géné-

ral. Le sang s'accumulait alors dans la région ovarique, et la malade éprouvait bientôt dans cette partie une sensation de turgescence et de chaleur assez forte pour exiger une application de sangsues, de crainte d'une inflammation locale plus ou moins violente. Parvenues à cette période, les attaques perdaient de leur intensité ; il y avait décroissance dans les phénomènes. Leur durée était ordinairement de trois à quatre jours ; le traitement était compris comme on comprend généralement le traitement des affections nerveuses. On essayait, on épuisait tour à tour les médicaments antispasmodiques connus. Le médicament héroïque auquel on avait cependant le plus souvent recours était l'acétate de morphine. Sans doute, avec la morphine on calmait les douleurs, et les autres antispasmodiques produisaient, dans des circonstances données, quelque soulagement ; mais l'habitude des assoupissants, des calmants, entraînait un inconvénient des plus graves. La malade s'affaiblissait, l'excitabilité nerveuse faisait des progrès très-rapides : cette condition favorisait l'irradiation de la douleur névralgique au moment de son invasion ; enfin les attaques se rapprochaient parce qu'elles étaient plus violentes et parce que la diminution progressive de la force de réaction livrait le corps sans défense aux causes morales ou physiques qui pouvaient rappeler le mal. Dans cet état de choses, tout était à craindre. La famille de la malade, et la malade elle-même, redoutaient, avec raison, qu'une crise n'amenât bientôt un funeste événement. J'avais rencontré quelquefois cette intéressante personne dans le monde ; mais ce ne fut qu'à l'époque où les crises avaient atteint la plus grande violence qu'il me fut permis de lui donner des conseils.

On avait attribué la maladie à une dégénérescence organique ou de l'ovaire, ou d'une autre partie de l'appareil générateur ; mais, outre que la forme, ou plutôt la physionomie de l'affection, devait m'empêcher de partager cette pensée, les investigations auxquelles je me livrai m'eurent bientôt prouvé le contraire. J'admis seulement un état d'engorgement de l'ovaire, parce que la névralgie dont il était le siége l'avait rendu un centre de fluxion depuis le commencement de la maladie. C'était sans doute moins un fait évident qu'une hypothèse probable, puisqu'aucune saillie extérieure ne révélait cet engorgement ; mais on verra bientôt que le traitement justifia cette opinion. Cela posé, comment fallait-il agir ? D'abord, il était nécessaire de relever l'organisme avant toutes choses, de lui restituer un peu de cette force de résistance, de cette *étoffe vitale*, si je puis m'exprimer ainsi, sans laquelle le médecin le plus habile et le plus zélé ne peut se

permettre aucune espérance. Ce résultat obtenu, il fallait diriger les moyens thérapeutiques contre l'affection nerveuse elle-même.

Pour remplir la première indication, qui était en même temps la plus pressante, il ne fallait pas songer à médicamenter par l'estomac ; la position de la malade s'y refusait absolument. Je fis donc pénétrer le remède par une autre voie. Je recommandai les bains de sel, auxquels je fis succéder les bains hydrosulfureux. Ils produisirent l'effet que j'en attendais : les forces se relevèrent, et les crises qui eurent lieu pendant le traitement furent plus courtes et moins violentes, parce que la douleur réveilla moins vivement les sympathies. La force de résistance, restituée par l'usage de bains fortifiants, servit de barrière à cette irradiation morbide qui transformait en quelques instants une douleur circonscrite et bornée en une affection générale. Les bains devaient produire aussi d'autres effets, à la fois toniques et résolutifs, ou devaient, en relevant les forces, résoudre l'engorgement qui existait probablement dans l'ovaire : ainsi l'indication pouvait être considérée comme bien remplie. Mais il y avait un but plus essentiel à atteindre : celui d'avoir raison de l'affection nerveuse. Pour y parvenir, j'employai l'acétate d'ammoniaque, dont les effets confirmèrent bientôt mes idées sur la cause de l'affection. J'étais parti de cette opinion : la douleur, avais-je dit, résulte d'une accumulation exagérée de fluide nerveux sur l'organe malade. Cette accumulation peut provenir d'une modification particulière produite par l'afflux du sang menstruel. Dans tous les cas, le sang n'y est pour rien, comme cause prochaine ; il y a accumulation du fluide nerveux, ou, si l'on veut mieux, de puissance nerveuse sur un point circonscrit, sur une partie déterminée ; voilà seulement ce qu'il est permis d'affirmer. Or, l'administration de l'acétate d'ammoniaque confirma bientôt cette théorie, car voici les phénomènes qui en résultèrent. Le médicament était administré au moment de la cessation de l'écoulement menstruel, à petite dose, c'est-à-dire à celle de 2 grammes à peu près ; on le continuait en augmentant progressivement sa quantité jusqu'à 6 ou 7 grammes, dose à laquelle on s'arrêtait. Il détermina d'abord un peu d'agitation ; mais elle était supportable et n'éveillait pas de douleur. Cette agitation cessa bientôt ; une sorte d'équilibre sembla vouloir s'établir dans la sensibilité. Enfin, au bout de quelques mois de traitement, l'époque des crises périodiques passa sans amener les douleurs névralgiques de l'ovaire, ou en faisant éprouver des douleurs si supportables, qu'elles ne déterminaient aucune com-

plication. Il suffisait à la malade de quelques heures de repos sur un canapé, ou bien d'une bonne nuit de sommeil, pour recouvrer toutes ses forces. Il fallut de fortes peines morales et des négligences dans le traitement et le régime, pour rappeler à de longs intervalles des crises qui tendaient à s'effacer entièrement.

Un phénomène à noter dans cette observation, c'est que lorsque l'acétate était administré à haute dose (dose diaphorétique), la malade se plaignait de douleurs plus ou moins vives dans la continuité des membres et des articulations. L'amélioration n'avait lieu que sous l'influence des petites doses (dose sédative). Dans cette circonstance, en effet, il n'y avait pas à imprimer une diffusion à une certaine masse de sang, à dégager la matrice ou les ovaires au profit des capillaires de la peau. S'il y avait engorgement au siége principal de la douleur, ce n'était qu'une condition accessoire qui n'ajoutait ni n'ôtait rien à l'intensité du mal. Voilà pourquoi l'administration de l'acétate à haute dose aggravait les symptômes au lieu de les calmer. La petite dose, qui déterminait une diffusion suffisante pour rétablir l'équilibre dans l'innervation, pouvait seule modifier heureusement la maladie.

Dans les affections de la matrice d'une autre espèce, où il y a engorgement plus ou moins considérable du système, l'acétate d'ammoniaque peut également être employé avec succès à cause de ses qualités éminemment diffusibles, lorsqu'on l'administre à haute dose. Dans ce cas, il agit sur l'innervation, non pas comme sédatif, mais comme stimulant; et c'est par cette force particulière que le sang est entraîné loin des parties, où sa présence favorise le développement de lésions si souvent mortelles. L'acétate d'ammoniaque est compté, au moins par quelques médecins, au nombre des moyens thérapeutiques dirigés contre cette famille de maladies; mais sait-on bien le but qu'on se propose en l'employant? Connaît-on assez les effets réels du remède pour l'ordonner à propos et pouvoir compter, jusqu'à un certain point, sur son efficacité? On a deviné déjà notre réponse.

Il reste seulement à résumer les idées générales de ce travail; car je suis entré, je crois, dans des développements suffisants pour justifier la valeur thérapeutique que je donne à l'acétate d'ammoniaque. Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que je suis parvenu à trouver des rapports qui avaient été méconnus, à caractériser des faits qui étaient encore à demi couverts par les ténébreuses obscurités de l'empirisme. La thérapeutique, cette science qui n'en est pas une, ce *caput mortuum* où se mêlent avec un si grand désordre l'erreur et la vérité, aurait

enfin besoin qu'on s'occupât d'elle. On fait assez de monographies de maladies pour faire aussi des monographies de remèdes. Ces deux parties de la science, la pathologie et la thérapeutique, y trouveraient des ressources que les esprits éclairés peuvent apprécier par anticipation ; et, ce qui est mieux encore, cette amélioration, cette direction nouvelle dans le travail, porteraient leurs fruits chez les malades.

Après tous les faits que j'ai analysés et les déductions que j'en ai tirées, je crois pouvoir admettre les conclusions suivantes :

1° L'acétate d'ammoniaque n'est pas seulement un stimulant diffusible, il est surtout antispasmodique.

2° Il est stimulant diffusible à haute dose ; il est antispasmodique à petite dose.

3° Ses qualités antispasmodiques expliquent ses qualités diffusibles et diaphorétiques ; car s'il agit en distribuant les forces nerveuses du centre à la périphérie, ou d'une partie du corps vers toutes les autres, il doit agir finalement sur les capillaires ou les surfaces dermiques, de manière à leur communiquer une plus grande activité.

4° Enfin, l'acétate d'ammoniaque devra être employé toutes les fois qu'il y aura accumulation exagérée de fluide nerveux sur un organe, parce que, sous son influence, l'innervation peut être ramenée aux conditions physiologiques de son équilibre normal.

## V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS.—13. *Des circonstances qui s'opposent à ce que le pronostic de l'accouchement soit établi d'une manière exacte dans les vices de conformation du bassin.*

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1846.)

On pense généralement qu'il est facile d'apprécier exactement l'étendue d'un bassin vicié, et que, cette étendue fixée, il est également facile, dans le cas où le degré de rétrécissement exclurait la terminaison spontanée, de statuer sur le choix des procédés à mettre en usage, et sur le résultat qu'ils pourront fournir.

Certes il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer d'une manière précise l'étendue d'un bassin rétréci ; mais aussi il est des cas où cette fixation des diamètres échappera à tous les moyens d'investigation (1) : de plus, quand bien même cette

(1) La *Gazette de Strasbourg* du 20 janvier 1842, page 13, a signalé un exemple bien remarquable de ce fait, qui a été observé par un homme dont la

appréciation des dimensions du bassin aurait été faite, on ne serait pas encore pourvu de toutes les connaissances qui peuvent permettre d'établir le pronostic.

En effet, la configuration du bassin peut exercer une grande influence sur les résultats de l'accouchement, et cette configuration n'est pas toujours facile à déterminer exactement.

Le degré d'énergie des contractions utérines, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, toutes circonstances dont la connaissance serait cependant indispensable pour établir le pronostic, tant leur influence est grande sur le résultat de l'accouchement, ne peuvent en aucun cas être appréciés à l'avance.

Ainsi, lorsque l'accouchement spontané peut être espéré, il n'aura cependant lieu que si le volume de la tête de l'enfant n'excède pas les dimensions normales, que si cette tête est réductible, et que si les contractions utérines sont douées d'un degré d'énergie suffisant pour déterminer l'expulsion du produit.

A un degré de rétrécissement plus prononcé, alors qu'on ne peut plus compter sur l'accouchement spontané, on le voit cependant s'effectuer quelquefois quand le volume de l'enfant est moindre qu'à l'état normal, quand sa tête petite est très-réductible, quand les contractions sont énergiques, quand enfin, le bassin étant irrégulièrement conformé, un des diamètres obliques a gagné en amplitude ce que l'autre a perdu.

Si le degré de rétrécissement ne peut pas laisser espérer l'accouchement spontané, l'application du forceps est alors résolue; mais cette application ne sera suivie du résultat qu'on est en droit d'espérer que si l'on ne rencontre pas un excès de volume et une irréductibilité de la tête de l'enfant. Enfin, dans le cas où le degré de rétrécissement exclut la possibilité de l'extraction du produit à l'aide du forceps, l'accouchement prématuré artificiel, si un parti a pu être pris pendant la grossesse, n'est-il pas soumis lui-même à toutes ces éventualités? Ainsi, après des tentatives d'accouchement prématuré, ne s'est-on pas vu quelquefois dans la nécessité de recourir au forceps, même à la perforation du

rare expérience est connue de tous, M. Stolz, professeur de la Faculté. Le bassin de la femme qui fait le sujet de cette observation était rétréci par une exostose placée derrière la symphyse des pubis; les dimensions du diamètre antéro-postérieur et les circonstances fâcheuses qui s'étaient rencontrées dans les accouchements précédents de cette femme, déterminèrent M. Stolz à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel; mais le résultat ne fut pas celui sur lequel on devait compter : des difficultés tout à fait inattendues se rencontrèrent lors de l'extraction du produit. La femme succomba, et l'autopsie permit de constater que le bassin était bien plus rétréci qu'on ne l'avait cru, par cette exostose très-volumineuse à sa partie supérieure, et que le doigt ne pouvait atteindre dans ce point.

crâne, parce que la tête était plus volumineuse et plus résistante qu'on ne devait le supposer ?

Ce n'est, à mon sens, que dans les cas de rétrécissement extrême, cinq centimètres (deux pouces environ), qu'on peut statuer d'une manière exacte sur le pronostic et sur le choix des procédés. Les quelques faits qui suivent viendront, je l'espère, démontrer ce que je viens d'établir.

Obs. I. — Madame L***, arrivée au terme d'une première grossesse, après un travail très-prolongé, n'avait pu être délivrée qu'à l'aide d'une application du forceps que je fis après que la tête avait déjà subi un certain degré d'engagement ; l'enfant vécut, il a aujourd'hui cinq ans. Sa tête, très-petite et très-réductible, s'était cependant allongée considérablement pendant un engagement pénible, effectué dans un bassin uniformément petit, qui ne présentait que huit centimètres et demi (trois pouces un quart) environ au diamètre antéro-postérieur des deux détroits et de l'excavation.

Madame L***, devenue de nouveau enceinte cette année, douée d'un fort appétit, le satisfit amplement pendant toute la durée de sa grossesse (1), pendant laquelle, du reste, elle n'éprouva aucune incommodité. Prévenu en temps utile de l'état de grossesse de madame L***, je conseillai à M. le docteur L... de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette proposition ne fut pas acceptée de prime abord ; M. le docteur L... se fondait sur ce que le premier enfant étant venu au monde petit, offrant une tête petite et très-réductible, il y avait tout lieu d'espérer qu'on rencontrerait à un second accouchement des circonstances aussi favorables, et qu'alors, surtout à une deuxième couche qui est en général plus facile, l'enfant serait probablement expulsé ou extrait plus favorablement encore que la première fois. Je cherchai à combattre ces raisons, et quelques semaines après je revins encore à la charge ; mais les mêmes raisons me furent alléguées, et j'ai à me reprocher, dans cette seconde occasion, de ne pas avoir insisté plus encore que je ne l'ai fait. Malheureusement, indécis, et se laissant aller à des espérances qu'on ne pouvait véritablement pas combattre avec énergie, tant le résultat est incertain en pareille circonstance, M. le docteur L... laissa arriver le terme de la grossesse. Mais ses espérances ne se réalisèrent pas : après un travail très-prolongé, pendant lequel des douleurs énergiques et des plus vivement perçues s'exercèrent

(1) Les auteurs qui pensent qu'à l'aide du régime débilitant auquel on soumet la femme, on diminue le volume de l'enfant, trouveront dans ce fait la confirmation de leur opinion.

inutilement pendant plus de dix-huit heures après la rupture des membranes et la complète dilatabilité du col (1), la tête s'était légèrement engagée par son sommet allongé, mais moins encore que la première fois, et elle resta ainsi comme clouée au détroit supérieur, sans faire le plus petit progrès, malgré l'énergie et la continuité des douleurs. Il nous parut indispensable, à M. le docteur L... et à moi, de mettre fin à un travail aussi prolongé et aussi incomplétement inutile. J'appliquai donc le forceps : cette application fut des plus faciles et presque exempte de douleurs, malgré l'élévation de la tête ; j'ai rarement fait une opération qui m'ait autant satisfait. Mais le forceps une fois articulé, quand il fallut extraire la tête, je rencontrai une résistance que je ne pus vaincre qu'à l'aide d'efforts considérables. Vingt minutes de tractions énergiques, y compris les temps de repos nécessaires, me permirent d'extraire un enfant des plus volumineux, qui fit quelques inspirations et ne put être ranimé par aucun moyen ; la tête de l'enfant était très-volumineuse et surtout tout à fait irréductible.

Pendant l'extraction, la mère avait ressenti des crampes très-vives dans le membre inférieur gauche.

Les trois premiers jours, l'état de la nouvelle accouchée fut des plus satisfaisants : la fièvre de lait se manifesta en son temps et avec toute la régularité désirable ; le ventre resta constamment affaissé et indolore. Mais bientôt la malade ressentit de légères douleurs dans toute l'étendue du membre inférieur gauche, et seulement à la surface, et peu à peu la sensibilité devint si excessive, que le plus léger contact faisait pousser des cris à la malade ; ces douleurs ne lui laissaient que des intervalles d'un repos incomplet. Tous les moyens furent mis en usage pour modifier cette sensibilité : MM. les docteurs Honoré, Bouillaud, Velpeau, Baudelocque, Michon, furent successivement consultés ; mais en vain. L'autre membre devint également le siége de douleurs aussi atroces : puis la paralysie ne se borna pas aux deux membres inférieurs, elle se manifesta bientôt, précédée de vives douleurs, dans les deux membres supérieurs. Des symptômes de méningite, avec accès de délire furieux, se manifestèrent, et la mort vint seule, après plusieurs mois, mettre un terme à cet état d'angoisse et de souffrance inexprimable.

Il est plus que certain que l'accouchement prématuré artificel au-

(1) Je me sers du mot *dilatabilité*, et non dilatation, car dans ce cas, comme dans la plupart des accouchements où le bassin est rétréci, la tête, au début du travail, reste, comme on le sait, fort élevée et ne maintient pas l'orifice dilaté. Mais cet orifice n'en est pas moins très-dilatable.

rait permis d'éviter un aussi déplorable résultat, qui certainement n'a été dû qu'à une compression subie par les nerfs cruraux, les branches antérieures des nerfs sacrés et les vaisseaux lymphatiques, au moment de l'engagement de cette tête si volumineuse, et cette compression a été d'autant plus funeste qu'elle s'est exercée, non pas seulement au détroit supérieur, comme dans les cas où le détroit seul est rétréci, mais dans toute l'étendue du canal, dépuis le détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur, le bassin étant uniformément petit.

Il faut bien en effet que cette circonstance ait eu l'influence que je lui attribue, et que, de plus, elle ait rencontré chez la malade de fâcheuses prédispositions, pour qu'on ait vu des accidents aussi formidables se manifester. Que de fois, en effet, n'ai-je pas vu des femmes soumises, avant leur entrée à l'hôpital, à des applications de forceps mal dirigées, pratiquées à plusieurs reprises et bien plus longtemps continuées, éprouver à peine de légers accidents; et que de fois j'ai appliqué le forceps à des degrés aussi prononcés de rétrécissement, sans que j'aie jamais eu à déplorer un semblable résultat!

Obs. II. J'étais sous la douloureuse impression que m'avait causée une fin aussi funeste, lorsque mon ami, le docteur Ameuil, me pria d'examiner avec lui une jeune femme enceinte de quelques mois, et dont la conformation lui inspirait des craintes pour un accouchement à terme. Après avoir mesuré avec le compas de Baudelocque, puis avec le doigt et l'intropelvimètre de M. Van Huevel, le diamètre sacro-pubien, nous ne trouvâmes que trois pouces et quelques lignes; nous pensâmes donc qu'il y avait opportunité à pratiquer chez cette femme l'accouchement prématuré artificiel.

L'étendue du bassin nous permit de fixer l'époque de cette opération au huitième mois accompli, afin de laisser les plus grandes chances possibles à l'enfant.

J'aurais désiré avoir l'avis de nos collègues les docteurs Danyau et Devilliers fils, afin de les faire contribuer pour leur part d'expérience et de responsabilité. Jour avait déjà été pris avec ces honorables confrères, quand je reçus de la mère de la jeune femme une lettre dans laquelle elle refusait tout autre concours que celui de M. le docteur Pons, qui nous fut adjoint. M. Pons, après examen fait, partagea notre avis, signa ainsi que nous la consultation, et approuva l'usage des moyens à l'aide desquels nous nous proposions d'opérer.

Une éponge préparée, petite et taillée en cône, fut donc introduite dans le col utérin; puis une autre éponge molle, du volume

des cinq doigts réunis en cône, fut introduite sur la première afin de la maintenir, et un bandage en T fut placé pour fixer le tout. Il était onze heures du matin : le soir, vers quatre heures, malgré l'usage de ce moyen et l'administration de deux grammes de seigle ergoté, aucune douleur ne s'était manifestée ; l'appareil fut retiré, et un autre petit cône d'éponge préparée fut introduit dans le col. Pendant la nuit, quelques douleurs sourdes se manifestèrent, l'utérus devint le siége d'une légère sensibilité et d'une tension permanente : l'appareil fut de nouveau retiré, et nous trouvâmes le col dilaté, présentant l'étendue d'une ancienne pièce de 3 francs ; les membranes étaient intactes.

Mais pendant que s'étaient accomplis les phénomènes d'aplatissement et de dilatation du col utérin, la face des choses avait tout à fait changé : la tête, poussant au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus, modifié par la présence de l'éponge, avait déjà subi un premier degré d'engagement dans le détroit supérieur. Cette circonstance nous donna à penser que la petitesse de la tête était extrême, et qu'alors il y avait tout lieu de croire qu'elle ne prendrait pas, pendant le dernier mois, un accroissement qui pût l'empêcher de traverser le bassin à terme, et qu'alors, dans l'intérêt de l'enfant, nous devions tâcher de suspendre ce commencement de travail, si cela était possible. Dans l'intérêt de la mère, nous le devions aussi, pour ne pas établir d'une manière définitive pour l'avenir un précédent dont on devrait s'autoriser dans les grossesses qui pourraient avoir lieu ultérieurement pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Nous laissâmes donc les membranes intactes : si elles résistaient et que le col vînt à se resserrer, l'enfant, expulsé à terme, aurait acquis son entier développement ; mais cette chance était incertaine.

La femme fut mise au bain pour faire cesser la sensibilité de l'utérus ; le ventre fut couvert de cataplasmes ; le repos fut prescrit, et la femme fit usage d'une potion calmante.

Tout travail cessa : la sensibilité utérine avait complétement disparu, lorsque, trois jours après l'introduction de la première éponge, sans aucune douleur, les membranes se rompirent spontanément, et la femme accoucha seule d'un enfant vivace et bien portant.

L'accouchement fut si facile et si rapide, que la femme resta stupéfaite d'être accouchée pour ainsi dire sans s'en être aperçue. Un médecin fut mandé à la hâte pour effectuer la délivrance. Le rétablissement de l'accouchée fut aussi rapide qu'une couche aussi heureuse devait le faire espérer.

Qui croirait cependant qu'un mois après, notre ami, le docteur Cherest, entendait dans le monde une âme charitable faire passer cette femme pour morte? elle était allée au spectacle la veille.

Que s'est-il passé dans ce cas? Rien qui ne puisse s'expliquer. L'étendue du bassin avait été mesurée exactement entre les pubis et l'angle sacro-vertébral, et cette dimension avait dû déterminer notre résolution d'agir avant terme.

Mais la petitesse et l'extrême réductibilité de la tête n'avaient pu être connues à l'avance, et, de plus, la forme du détroit supérieur n'avait pas été exactement appréciée : cette dernière circonstance, après l'amincissement du segment inférieur de l'utérus, vint favoriser encore l'engagement de la tête dans le point du bassin qui lui offrait plus d'étendue; et c'est à droite que le bassin offrait plus d'amplitude, la paroi latérale gauche ayant été déprimée dans l'enfance par une compression violente.

Mais est-il bien certain que, malgré cette circonstance favorable, la femme eût pu réussir à se débarrasser seule à terme? On était en droit de l'espérer d'après la petitesse de la tête; mais on ne pouvait pas le moins du monde en avoir la certitude. Et comment les choses se seraient-elles passées si l'enfant eût été volumineux?

Obs. III. Comme contre-partie du fait précédent, je pourrais en citer bien d'autres empruntés à la pratique des hommes les plus habiles, si les auteurs étaient dans l'habitude de confesser leurs insuccès. Cependant, qui ne sait qu'on a tiré soi-même de ses fautes et de celles des autres bien plus de profit que de toutes les relations de faits extraordinaires, de cures miraculeuses dont la plupart des recueils périodiques sont alimentés? Je me bornerai donc à en citer deux qui viennent pour ainsi dire de s'accomplir, et dans lesquels il est impossible d'attribuer l'erreur au manque d'habileté d'hommes qui se sont fait dans la pratique une réputation justement méritée.

La nommée Vente, âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme, ressentit les premières douleurs de l'accouchement le 18 avril 1845, époque à laquelle elle fut en butte à de mauvais traitements dont elle porte les marques. A son entrée à la Clinique, le 21, elle éprouve des contractions assez énergiques; le toucher, pratiqué par M. P. Dubois et par M. Devilliers, permet de reconnaître deux pouces six lignes environ (six centimètres et demi); le col aminci ne permet que l'introduction du doigt; les membranes sont entières. Le 22, l'état de la malade est loin d'être satisfaisant; le pouls est trés-fréquent, la soif vive, la

peau chaude, le visage coloré, les garderobes fréquentes et liquides. Le 23, la malade est affectée de vomissements fréquents, bilieux, mélangés de sang; la dilatation n'a pas fait de progrès; on rompt les membranes et on plonge la malade dans un bain à huit heures du matin ; dans l'après-midi, les douleurs reprennent un surcroît d'activité ; le sommet, placé en position occipito-iliaque gauche antérieure (première de Baudelocque), s'engage un peu, et M. Dubois, qui comptait être obligé de pratiquer la perforation du crâne, espère dès lors que l'accouchement pourra se terminer seul.

En effet, à dix heures du soir, la dilatation était complète, et l'accouchement se terminait trois quarts d'heure après. L'enfant, à terme, né vivant, mais faible, pesait 2,500 grammes (5 livres); et les dimensions de sa tête, dont l'ossification était très-avancée, étaient celles-ci : occipito-frontal, 11 centimètres (4 pouces); occipito-mentonnier, 12 centimètres (4 pouces 6 lignes); bi-pariétal, 8 centimètres (3 pouces).

Le 24, la malade expira à la suite d'une métro-péritonite dont l'invasion avait précédé le travail.

L'autopsie permit de constater d'une manière exacte l'étendue du bassin; elle était de 7 centimètres (2 pouces 7 à 8 lignes) pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 11 centimètres et demi (4 pouces 3 lignes) pour le diamètre oblique droit, et de près de 12 centimètres (4 pouces 5 lignes) pour le diamètre oblique gauche du même détroit.

Ainsi donc, cette tête d'un enfant à terme, dans un état d'ossification avancé, et dont le diamètre bi-pariétal présentait 8 centimètres (3 pouces), a pu, en se réduisant de volume à l'aide de contractions utérines énergiques, et en choisissant le diamètre oblique gauche, qui présentait deux lignes de plus en étendue que le diamètre oblique droit, s'engager dans un bassin qui ne présentait que deux pouces huit lignes au plus d'avant en arrière.

Mais aurait-on dû à l'avance, je le répète, dans des cas semblables, compter sur les ressources inespérées de la nature? Non sans doute : ce n'était qu'au moment même, comme nous le fîmes dans le cas précédent, qu'on pouvait reconnaître l'inutilité d'un moyen jugé nécessaire auparavant ; et certes, à un degré de rétrécissement aussi avancé, c'est un devoir pour le praticien de prévenir, avant terme, les conséquences funestes d'une extraction du produit pratiquée à terme dans des circonstances semblables.

Obs. IV (1). L'accouchement prématuré artificiel est pratiqué,

(1) Je dois cette observation à l'obligeance de notre confrère Pénoyer.

le 10 février 1844, à sept mois et demi, sur une dame de la rue de Bussy, par M. le professeur Dubois, assisté de MM. les docteurs Saintard et Depaul, et après consultation prise auprès de MM. Hervez de Chégoin et Velpeau ; et certes, en supposant, ce qui n'est pas, qu'il y ait eu erreur, on pourrait se tromper en moins bonne compagnie.

Le bassin était assez rétréci pour que M. P. Dubois crût de son devoir d'insister, dans l'intérêt de la mère, pour que cette opération fût pratiquée. Cependant, le 3 juin 1845, cette dame accouchait spontanément, à terme, d'un enfant vivant qui pesait sept livres, mais dont la tête était probablement fort réductible. Une sage-femme, Mme G., dont la conduite me paraît inexplicable, assura à cette dame, dès le début de cette seconde grossesse, qu'elle accoucherait spontanément à terme. Elle ne craignit pas d'assumer sur elle une responsabilité aussi grande, et elle ne frémit pas, dans sa témérité, à l'idée des accidents qui auraient pu résulter d'un accouchement à terme, accompli dans de semblables circonstances. Elle croit peut-être qu'elle a donné là une preuve d'habileté, et certes elle n'a pas eu de peine à le persuader aux gens qui environnaient la malade ; car le succès est tout pour les gens du monde, tandis qu'à mon sens, en comptant, contre toute raison, sur les ressources inespérées de la nature, qui, par miracle, ne lui a pas fait défaut, elle a, par ce fait, démontré clairement qu'elle ignore tous les accidents qui sont à redouter dans un cas semblable, et elle a établi pour la mère un précédent qui pourra peut-être avoir un jour pour elle les conséquences les plus funestes.

En résumé, quelle que soit l'habileté de l'homme de l'art, il est dans les vices de conformation du bassin quelques variétés de forme de ce canal qui peuvent lui échapper, et qui cependant peuvent avoir une grande influence sur le pronostic de l'accouchement. Il est aussi d'autres circonstances, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, l'énergie des contractions utérines, et, suivant quelques auteurs, le degré de relâchement des symphyses du bassin, qu'il est impossible d'apprécier à l'avance, et qui font aussi varier d'une manière inattendue les chances de l'accouchement.

Ici, c'est un accouchement à terme légitimement espéré, qui ne peut s'accomplir qu'à l'aide des moyens qui compromettent le salut de l'enfant, et quelquefois celui de la mère ; là, un accouchement réputé impossible à terme, contre lequel on prend toutes les précautions que la prudence suggère, qui s'accomplit avec facilité à une couche suivante ; plus loin, un accouchement

qu'on espère terminer à terme, seulement à l'aide du forceps, et dans lequel on se voit obligé d'employer la perforation du crâne, la céphalotribsie, etc., etc.

De tout ceci faut-il conclure qu'on doit rejeter des moyens d'investigation qui ne peuvent pas éclairer tous les points de la question, et qu'il faut compter quand même sur les ressources infinies de la nature? Non sans doute; je ne pense pas qu'il puisse y avoir deux individus exerçant l'art des accouchements qui osassent tirer cette conclusion.

S'il est, en effet, un moyen, quelque insuffisant qu'il puisse être quelquefois, de fixer autant que possible le praticien au milieu de toutes ces causes d'incertitudes, c'est bien l'appréciation exacte des dimensions du bassin; elle seule permettra de prévoir les résultats probables et de faire le choix des procédés à l'aide desquels on est en droit d'espérer légitimement le meilleur résultat possible. Et quand bien même la nature viendrait, contre toute prévision, déjouer les calculs de l'art, on ne devra pas moins s'applaudir du parti qui aura été pris; car ce n'est pas sur des exceptions qu'il faut statuer, mais sur un grand nombre de faits identiques. Et il est bien certain, par exemple, que, sur cent bassins présentant six centimètres et demi (deux pouces et demi), on n'observera pas un accouchement spontané à terme, et toujours, dans ce cas, le forceps, insuffisant, sera meurtrier pour l'enfant, plus ou moins compromettant pour la mère, et la perforation du crâne et la céphalotribsie seront la seule ressource.

De même, si la connaissance de ces cas rares où l'on a vu la nature triompher d'obstacles qui semblaient insurmontables, ne doit pas faire adopter l'expectation quand même, elle doit cependant nous tenir en garde contre trop de précipitation dans nos décisions, contre l'usage trop fréquent de moyens qui ne sont pas toujours innocents pour la mère et l'enfant. Ainsi, peut-on espérer que la nature se suffira à elle-même chez une primipare, il faut attendre, pour agir, qu'il soit bien démontré, par le temps écoulé, quinze, vingt heures de contractions énergiques depuis la dilatation et la rupture de la poche, suivant la force du sujet, que les contractions sont impuissantes à déterminer l'expulsion du produit.

Et dans les cas où cette expulsion ne peut être légitimement espérée, et quand, avant terme, on aura pu prendre un parti, il faut agir en temps utile en suivant les règles de l'art, et s'en remettre pour le reste à la Providence.

Enfin, si, dans le même cas, l'homme de l'art n'est consulté

qu'à terme, quoiqu'il semble certain que l'art sera la seule ressource de la femme, attendre encore pour laisser à la nature le temps de prouver son insuffisance ; tenter d'abord, mais avec la réserve compatible avec le salut de la mère, les moyens qui peuvent permettre d'extraire l'enfant vivant, puis, dans l'insuffisance de ceux-ci, recourir aux moyens extrêmes.

---

MALADIES DES ENFANTS. — 14. *De la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle, et de son traitement par la ratanhia;* par M. Ducros. (Clinique de l'hôpital Necker.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, avril 1846.)

Nous nous proposons de rapporter deux faits de fissure à l'anus chez l'enfant à la mamelle, recueillis dernièrement, l'un dans la clientèle de M. le professeur Trousseau, l'autre dans son service de l'hôpital Necker. Ces deux observations nous ont semblé présenter, au double point de vue et du diagnostic et de la thérapeutique, un égal intérêt.

C'est une opinion généralement reçue que les enfants sont complétement exempts de la fissure à l'anus, si commune au contraire chez les adultes. M. Mérat est le seul peut-être qui ait indiqué (Dictionn. en 60 vol., art. *Fissure*) la possibilité d'une semblable lésion chez l'enfant à la mamelle ; et encore le fait qu'il cite se rapporte-t-il, non à une fissure proprement dite, c'est-à-dire à une crevasse douloureuse avec contraction spasmodique, mais bien à une étroitesse congénitale de l'anus (1). Depuis, tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie en citent des cas nombreux chez l'adulte, aucun chez l'enfant à la mamelle. M. Velpeau (Dictionn. en 25 vol.) considère comme une rare exception de l'avoir rencontrée chez deux sujets de dix-huit à vingt et un ans ; M. Vivent (thèse, Paris, 1830, n° 132), chez trois individus âgés de moins de vingt ans. M. Blandin, enfin, n'a pas en réalité démontré son existence chez l'enfant à la mamelle, lorsqu'il dit : « Les enfants ne sont pas exempts de fissures syphilitiques, et de celles que produisent les coups et les violences exercées sur l'anus. » (Dictionn. en 15 vol.) Cette réflexion a trait, en effet, à des ulcérations bien distinctes, et par leur mode de production, et par leur forme, et par leur marche, de celles dont nous parlons.

C'est donc, ce nous semble, un sujet tout nouveau que celui des fissures à l'anus chez l'enfant à la mamelle, et pour peu qu'on

(1) L'enfant qui fait le sujet de son observation avait été opéré sans qu'on eût cherché à constater autre chose que la constriction permanente du sphincter.

réfléchisse à la ténacité du mal, à l'acuité des douleurs qu'il provoque, c'est un sujet très-digne de fixer l'attention.

L'expression de fissure n'a pas pour tous les auteurs une signification identique. Pour les uns, il y a fissure toutes les fois qu'il existe une excoriation superficielle et douloureuse entre les plis de l'anus. Pour les autres, il entre dans la fissure un autre élément : la contraction spasmodique du sphincter, qui lui est aussi essentielle que l'excoriation. Il est donc indispensable, pour éviter toute confusion de langage, qu'avant de commencer la description de nos deux observations, nous prenions soin de définir bien nettement ce que nous avons entendu par fissure à l'anus. Nous avons compris sous ce nom une gerçure douloureuse avec contraction spasmodique.

Obs. I. — Au n° 4 *bis* de la salle Sainte-Julie est placée une petite fille âgée d'un an, habituellement très-bien portante, et allaitée par sa mère, qui est atteinte d'une tumeur blanche de l'articulation du genou. Cette enfant, depuis sa naissance, est sujette à une constipation qui a augmenté particulièrement depuis quatre mois. L'enfant ne va plus à la selle que tous les trois ou quatre jours.

Il y a deux mois à peu près, la mère a remarqué qu'à chaque garde-robe l'enfant pousse des cris violents, ce qui n'a jamais lieu dans d'autres moments. La douleur semble commencer avec l'effort de défécation. Elle est très-vive pendant le passage des matières fécales à travers l'anus, et se prolonge quelques instants après.

Depuis un mois environ, la constipation devenant un peu plus opiniâtre, la défécation est encore plus douloureuse, et à chaque garde-robe l'enfant rend quelques gouttes de sang, qui sortent soit avant, soit après les fèces, mais ne sont jamais mélangées avec elles. Quelquefois même, dans de violents efforts de défécation, l'enfant rend quelques gouttes de sang très-pur, crie violemment, puis fait effort comme pour retenir les matières fécales, et ne va pas à la selle. L'état général est d'ailleurs excellent.

Ces phénomènes, dont nous sommes deux fois témoins à la visite, paraissent à M. Trousseau indiquer une lésion siégeant à l'anus. En procédant à l'examen de cette partie, on constate l'état suivant : Le pourtour de l'anus est parfaitement sain ; mais, en écartant profondément les plis, on voit à la partie antérieure et entre deux plis une fissure large d'un millimètre environ, longue d'à peu près cinq millimètres, un peu profonde, de couleur rosée, et d'autant plus facile à apercevoir, que l'enfant, poussant des cris, fait effort comme pour aller à la garde-robe. La

constriction du pourtour de l'anus est telle qu'on a peine à y introduire l'extrémité du doigt.

Le même jour, 18 février, M. Trousseau prescrit un lavement composé de :

| | |
|---|---|
| Extrait de ratanhia. . . . . | 1 gramme ; |
| Eau. . . . . | 100 grammes. |

Le 19. L'enfant a gardé le lavement pendant cinq minutes seulement, et l'a rendu avec des matières molles.

Elle a crié pendant un peu moins longtemps ; ses cris, d'ailleurs, ont été moins violents.

Même prescription.

Le 20. Le lavement a été gardé encore pendant cinq minutes, et rendu également avec des matières molles. Les douleurs ont semblé beaucoup moins longues et moins vives.

Même lavement avec extrait de ratanhia, 1 gramme.

Le 21. Le lavement a été rendu hier avec des matières de consistance ordinaire : l'enfant n'a pas du tout crié ; il n'est pas sorti une seule goutte de sang.

Continuer le lavement.

Le 22. Le lavement a été également rendu avec des matières, et sans douleur ni écoulement sanguin.

Même prescription.

Le 23. Une garde-robe hier avant l'administration du lavement. Les matières étaient de consistance ordinaire ; elles ont été rendues sans la moindre douleur. Mêmes phénomènes à la suite du lavement.

Même prescription.

Le 24. Même état.

On suspend le lavement de ratanhia.

A partir de ce moment, les garde-robes deviennent plus fréquentes. Chaque jour l'enfant va une ou deux fois à la selle sans la moindre douleur ni le plus léger écoulement de sang. Les matières fécales sont d'ailleurs de consistance normale.

L'enfant quitte l'hôpital parfaitement guérie le 2 mars 1846.

Obs. II. — Quelques jours après la guérison de l'enfant qui précède, M. Trousseau était appelé (rue de l'Arcade, 33) pour un enfant chez lequel il constatait également l'existence d'une fissure à l'anus, et dont il voulut bien nous confier le traitement.

Cet enfant, âgé de huit mois, bien développé, ordinairement très-bien portant, avait été allaité par sa mère jusqu'à l'âge de six mois et demi. Sevré à ce moment, il avait été pris pendant quinze jours d'une diarrhée très-violente qui avait cédé à l'usage de moyens émollients. Cette diarrhée avait été suivie immédia-

tement d'une constipation fort opiniâtre. L'enfant allait à la selle une seule fois par jour, peu abondamment d'ailleurs.

Cet état durait depuis huit jours déjà, lorsque l'enfant fut pris pendant la défécation d'une douleur extrêmement vive. Les matières fécales, ce jour-là, furent tachées d'un peu de sang.

Depuis ce moment, à chaque garde-robe, l'enfant est pris de douleurs très-vives qui commencent avec l'effort de défécation, se continuent plus intenses pendant le passage des matières fécales à travers l'anus, et se prolongent quelques minutes après. Il sort un peu de sang bien pur qui tache les fèces sans se mélanger avec elles. L'enfant est très-constipé d'ailleurs. Il ne va à la selle qu'à l'aide de lavements, et les matières fécales sont très-dures. L'état général est très-satisfaisant.

En examinant l'anus, on constate au pourtour un peu d'érythème mélangé d'eczéma, qui a succédé à la diarrhée et semble presque complétement éteint. En arrière et à gauche, on découvre profondément, en écartant les plis de l'anus, une fissure large d'à peu près deux millimètres, longue d'au moins un centimètre, un peu profonde, de couleur rosée, et qui se développe très-nettement lorsque l'enfant fait un effort de défécation. L'anus, d'ailleurs, est le siége d'une constriction considérable.

On prescrit (1er mars) :

| | |
|---|---|
| Extrait de ratanhia. . . . . | 1 gramme. |
| Eau. . . . . | 200 grammes. |

La moitié de la solution doit être employée en un lavement à prendre chaque soir, l'autre moitié en lotions à l'anus.

A l'intérieur, une demi-cuillerée à café de magnésie.

Le 3. L'enfant a pris deux lavements, un chaque soir. Il les a gardés trois minutes à peu près, et les a rendus avec des matières fécales un peu moins dures. Dès le second lavement, il a beaucoup moins crié ; mais la mère a remarqué qu'il est encore sorti un peu de sang.

Même prescription.

Le 5. Les lavements sont rendus après deux minutes avec des matières fécales de consistance molle. L'enfant crie très-peu. A peine sort-il un peu de sang.

Même lavement, mêmes lotions.

Le 7. Le lavement est toujours rendu de la même manière, L'enfant ne crie plus; les matières fécales ne sont plus tachées de sang ; l'eczéma du pourtour de l'anus est guéri.

Même prescription.

Le 11. Depuis avant-hier l'enfant ne prend plus de lavement de ratanhia. Il est toujours un peu constipé. Les matières fécales

sont un peu dures ; mais elles sortent sans provoquer de la douleur et sans la moindre goutte de sang. En écartant l'anus avec précaution et faisant crier l'enfant, on développe peu à peu les plis de l'anus, et on constate que la fissure est complétement cicatrisée.

— Résumons en quelques mots ces deux observations. Nous voyons :

Dans l'une, un enfant de huit mois, pris, à la suite d'une constipation violente, d'une fissure à l'anus très-étendue, qui cède en huit à neuf jours à la ratanhia ;

Dans l'autre, un enfant d'un an, pris dans les mêmes conditions d'une fissure moins étendue, et que la ratanhia guérit en trois jours.

Comment donc, dans les deux cas, a-t-on été conduit au diagnostic ? C'est à ce point de vue surtout que ces deux observations offrent de l'intérêt.

Un enfant, pris de constipation très-opiniâtre, jette des cris violents chaque fois qu'il va à la garde-robe. Les douleurs ont cela de particulier, qu'elles ne se produisent qu'au moment où les matières fécales traversent l'anus et qu'elles se prolongent quelques instants après. Quelle signification faut-il attacher à ce fait ? Quelle valeur peut-il avoir ? Pour peu qu'on y réfléchisse, le diagnostic y est presque tout entier.

Evidemment, ce n'est pas là la forme habituelle des coliques. Celles-ci, bien fréquentes sans aucun doute chez l'enfant à la mamelle, n'accompagnent pas seulement la défécation : elles la précèdent surtout, et il est même en général vrai de dire qu'elles cèdent le plus souvent par le seul fait de l'excrétion des fèces.

On voit de suite combien les douleurs que nous signalons diffèrent des coliques. C'est la condition précisément inverse, et son appréciation a ici d'autant plus d'importance que l'enfant exprime bien par des cris ses souffrances, mais qu'il n'en localise pas le siége, qu'il n'en précise pas la nature, en sorte que le mode de production de la douleur devient alors le seul élément de diagnostic. Or, il est bien évident qu'une douleur très-vive, se produisant au moment précis de la défécation où les matières traversent l'anus, n'indique rien autre chose qu'une lésion occupant l'orifice inférieur du rectum. Le siége de la maladie se trouve donc précisé par l'étude d'un seul signe. Il ne reste plus qu'à déterminer l'espèce de lésion.

L'écoulement sanguin que nous avons signalé a également quelque chose de spécial qui confirme le diagnostic établi à l'aide du signe précédent. Une hémorrhagie intestinale est un fait rare chez

l'enfant à la mamelle ; la dyssenterie est peut-être la seule affection qui puisse y donner naissance. En supposant d'ailleurs une semblable hémorrhagie, il résulterait des conditions dans lesquelles elle se produirait un mélange plus ou moins intime du sang et des matières fécales. Or, dans les deux observations que nous avons rapportées, le sang était toujours parfaitement distinct des fèces. Il les tachait à leur surface sans jamais se mélanger avec elles, s'échappait bien pur soit avant, soit après, et quelquefois même (observation I^re^) dans un effort incomplet de défécation, quelques gouttes de sang coulaient au dehors sans qu'il sortît de matières. Cette forme spéciale de l'hémorrhagie permet évidemment de déterminer facilement son siége à l'extrémité inférieure de l'intestin, et ce signe prend une très-grande valeur quand on le rapproche de celui qui précède. Ici donc encore un nouvel élément s'introduisait dans la détermination du siége de la maladie. L'espèce de la lésion restait la seule difficulté à résoudre.

Une troisième considération, enfin, éclairait le diagnostic : c'était le bon état général des enfants, condition tout à fait incompatible avec les désordres que supposerait une hémorrhagie intestinale fréquente, ou avec une affection de nature à rendre les garderobes si constamment et si horriblement douloureuses.

On le voit donc, avant de constater par un examen local l'état de l'anus, trois signes pouvaient faire pressentir que cette partie était le siége de la maladie, et, attendu leur analogie avec ce qui se passe chez l'adulte, que cette maladie était une fissure. Ces trois signes, c'étaient le mode de production des douleurs, la forme de l'hémorrhagie, le maintien de la santé générale.

L'examen de l'anus a, dans les deux premiers cas, permis de confirmer cette prévision. Remarquons, dans ces deux observations, l'étendue vraiment considérable des fissures ; leur siége, dans un cas, à la partie antérieure, circonstance rare chez l'adulte ; leur production à la suite d'une constipation opiniâtre ; enfin, la constriction considérable du pourtour de l'anus. Ces conditions, soit dans ce qu'elles ont de dissemblable, soit dans ce qu'elles ont de commun avec les fissures à l'anus chez l'adulte, méritent d'être notées.

Il en est une surtout que nous devons signaler avec soin, et qui nous semble fort inexplicable. Chez l'adulte, en général, la douleur n'est jamais aussi vive que dans les premières heures qui suivent l'excrétion des matières fécales. Elle acquiert alors, dans certains cas, un degré d'acuité qui la rend intolérable. Les mouvements inutiles que font les malades pour trouver une posi-

tion supportable, les plaintes continuelles qu'ils font entendre, témoignent assez de la vivacité de leurs souffrances.

Chez les deux enfants dont nous donnons l'histoire, nous n'avons rien observé de pareil. La douleur disparaissait quelques minutes après la sortie des fèces, pour ne se reproduire qu'à une nouvelle défécation. Les cris cessaient bientôt, l'enfant reprenait sa gaieté habituelle. Rien après l'excrétion des matières fécales n'indiquait qu'il souffrît la plus légère douleur. C'est un fait bien singulier, précisément opposé à ce qu'on aurait pu prévoir. Il nous semble très-difficile d'en comprendre la raison.

Une autre circonstance qui ne doit pas nous échapper, et qui différencie également la fissure à l'anus chez l'adulte de celle qu'on rencontre chez l'enfant à la mamelle, c'est la constance de l'hémorrhagie dans ce dernier cas. Chez l'adulte, on voit assez souvent des fissures d'une grande étendue, fort douloureuses, qui n'amènent pas la moindre perte de sang. M. Velpeau paraît même croire (*Dictionn.* en 25 vol.) que c'est là la règle la plus générale. L'hémorrhagie a été, au contraire, un fait constant chez les deux enfants que nous avons observés, et il est même vrai de dire qu'elle a été, dans un cas (observation II), un symptôme important. Elle n'a disparu qu'en même temps que la douleur.

Nous devons également appeler l'attention sur la thérapeutique à laquelle on a eu recours dans ces deux cas. Depuis que M. Bretonneau a imaginé et que M. Trousseau a généralisé l'application de la ratanhia aux fissures à l'anus, c'est chose, *en général*, assez facile que le traitement de ces maladies. Les deux enfants dont nous parlons ont été soumis au même moyen et de la même manière que chez les adultes. On leur a prescrit des lavements d'extrait de ratanhia, destinés à être gardés quelques minutes seulement et à agir uniquement en lavant la surface de la fissure. La guérison a été obtenue chez l'un après trois jours, chez l'autre après sept ou huit de traitement. C'est là un résultat remarquable par sa rapidité. Il est rare que chez l'adulte la guérison s'opère aussi promptement, et bien qu'on puisse citer quelques fissures terminées en cinq ou six jours, il est plus généralement vrai de dire que leur cicatrisation est beaucoup moins prompte à se produire. Sera-ce la loi générale chez l'enfant à la mamelle? La fissure chez lui, soit par sa moindre étendue, soit pour toute autre condition, guérit-elle toujours avec une aussi étonnante rapidité? Deux faits seulement ne nous permettent pas de l'affirmer. Disons pourtant que ce résultat doit paraître assez probable, si l'on considère que l'enfant de notre seconde observation se trouvait, et par l'étendue de sa fissure et par la

phlegmasie chronique du pourtour de l'anus, dans des conditions vraiment peu favorables de curabilité.

La fissure à l'anus est-elle fréquente chez l'enfant à la mamelle ? Nous l'ignorons complétement. Peut-être n'est-ce pas trop s'avancer que dire qu'elle a dû être assez souvent méconnue. Fût-elle rare, d'ailleurs, elle méritait cependant, et par les douleurs qu'elle occasionne, et par la facilité avec laquelle on la guérit, et par sa ténacité quand on la néglige, qu'on appelât sur elle l'attention des praticiens.

---

15. *De l'hydrocèle chez les enfants.* — Hôpital des Enfants. — M. Guersant fils.

(Gazette des Hôpitaux, N° 41 ; 1846.)

Nous n'avons pas l'intention de vous faire l'histoire complète de l'hydrocèle en général ; ce que nous voulons, c'est vous signaler les particularités que présente cette maladie dans l'enfance, et vous donner le résultat de notre observation à l'hôpital des Enfants, où chaque année un assez grand nombre de sujets affectés de cette maladie passent sous nos yeux, tant dans les salles qu'à la consultation.

L'hydrocèle est une affection assez commune dans l'enfance. Elle se rencontre sous trois formes différentes :

1° D'abord celle qui communique avec la cavité du péritoine ; c'est la variété la plus commune : dans celle-ci, le liquide de la tunique vaginale peut, par une légère pression, traverser l'anneau et rentrer dans l'abdomen ;

2° Puis l'hydrocèle de la tunique vaginale qui ne communique pas avec le péritoine ;

3° Enfin l'hydrocèle enkystée sur le trajet du cordon. Il est très-facile de distinguer ces trois variétés de la même maladie. Examinons tour à tour les points importants de leur histoire.

Lorsque l'on est appelé près d'un enfant qui a une hydrocèle, on doit d'abord présumer qu'il y a communication avec la cavité péritonéale. Pour s'en assurer, on prend la tumeur scrotale entre les doigts ; on constate qu'elle est légère, fluctuante, transparente. La transparence n'existe pas dans tous les points ; il y a de l'obscurité dans l'endroit qui correspond au testicule, le plus ordinairement à la partie postérieure et un peu supérieure de la tumeur. Lorsque l'on comprime cette hydrocèle avec précaution sur les parties latérales, on fait rentrer ce liquide ; et si l'on continue cette pression graduée pendant un temps suffisant, on s'aperçoit que la peau des bourses devient flasque et qu'il ne

reste rien dans la tumeur. Pour faciliter cette réduction des liquides, on couche l'enfant à plat sur un lit, les cuisses légèrement fléchies, et l'on a soin d'exercer la compression de bas en haut. En se conformant à ces préceptes, il est impossible de méconnaître l'hydrocèle avec communication péritonéale.

Lorsque l'on a affaire à une hydrocèle de cette espèce, peut-on toujours dire qu'elle est congénitale ? On y est naturellement porté, et le plus souvent il est vrai de dire qu'il en est ainsi. Comment faut-il agir dans des circonstances pareilles, et quels sont les moyens généralement conseillés et qui réussissent le mieux ? Il faut prendre en considération et le volume de la tumeur, et la quantite de liquide qu'elle renferme, et la constitution de l'enfant. Lorsque le liquide n'est pas très-abondant, que l'enfant n'est pas débilité par des maladies antérieures, il arrive quelquefois qu'un régime tonique, des lotions fortifiantes, des compresses imbibées de liquides irritants et appliquées sur les bourses, suffisent pour guérir l'hydrocèle. Les liquides irritants dont nous parlons, et qui doivent être appliqués à l'intérieur, sont du gros vin rouge, du vin mélangé avec de l'eau-de-vie camphrée, de l'eau-de-vie camphrée pure même quelquefois.

Lorsque la tumeur est plus volumineuse, ce traitement ne suffit plus. Il nous est arrivé souvent de voir des sujets qui avaient des hydrocèles de cette nature depuis plusieurs années, suivre un regime tonique et employer cette médication excitante extérieure pendant plusieurs mois sans aucun effet appréciable. Il en arrive presque toujours ainsi chez les enfants de constitution faible et délicate, ou qui sont épuisés par des maladies chroniques. Chez ceux-là, il faut redoubler de soins, insister sur le traitement tonique général autant que la constitution le permet, et employer les topiques excitants les plus actifs, les plus énergiques ; le liniment ammoniacal camphré peut quelquefois, en déterminant une rubéfaction vive de la peau des bourses, amener la résorption du liquide.

Un autre moyen que nous conseillons est le suivant. Il est fondé sur ce principe, que l'absorption se fait avec d'autant plus de facilité que le liquide est en rapport avec une surface plus étendue, et par conséquent avec un nombre plus considérable de vaisseaux. On fait rentrer par la pression le liquide de la tunique vaginale dans la cavité péritonéale, et on applique sur l'anneau une pelote maintenue par un bandage herniaire. L'emploi de ce procédé, en même temps qu'il exige une surveillance active et continuelle, ne peut être suivi de succès que lorsque les personnes qui entourent l'enfant sont attentives et intelligentes. Il est rare que l'on obtienne des résultats heureux autre part que dans la

pratique de la ville. Les soins dans les hôpitaux ne seraient pas suffisants. Pour notre part, nous en comptons deux ou trois exemples. Quant aux ponctions que nous avons faites en nous bornant à l'évacuation de la sérosité, nous avons toujours vu le liquide reparaître, et cela dans un espace de temps assez court ordinairement.

Enfin, lorsque la ponction ne réussit pas, nous nous décidons très-souvent à pratiquer une injection irritante, mais en ayant soin de prendre toutes les précautions imaginables pour éviter toute espèce d'accidents. Nous faisons exercer sur l'anneau une compression bien exacte, et nous poussons le liquide avec la plus grande prudence, avec lenteur, afin qu'il ne s'en introduise pas une seule goutte dans le péritoine. Nous vous avons fait dernièrement voir un enfant que nous avons opéré de cette manière à l'hôpital, et qui a parfaitement guéri : cependant nous devons dire que, vu les dangers qui peuvent en être la conséquence, nous ne nous pressons pas en général de recourir à ce moyen.

Nous arrivons à la seconde variété d'hydrocèle, celle de la tunique vaginale, sans communication avec le péritoine. Cette hydrocèle peut être ou congénitale, ou accidentelle. Nous pensons que c'est à tort que l'on a donné le nom d'hydrocèle congénitale à toutes celles qui communiquent avec le péritoine, et qu'on l'a refusé aux autres variétés. On ne peut nier que dans certains cas l'hydrocèle ne soit congénitale, bien qu'il y ait absence de toute communication avec la cavité séreuse. Le testicule ne descend dans les bourses qu'à l'âge de sept mois de vie intra-utérine. Il est possible que le liquide ne se soit réuni en collection qu'après la descente du testicule dans le scrotum, mais cependant avant la naissance de l'enfant. La cause des hydrocèles acquises ou accidentelles n'est pas connue. Cependant un coup, une chute, un tubercule du testicule, peuvent en déterminer la production.

Quelle que soit la cause des hydrocèles, nous trouvons chez les enfants les mêmes caractères que ceux qu'elles présentent chez l'adulte : c'est toujours une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus ordinairement oblongue, transparente, excepté dans le point qui répond au testicule. Cette affection, quand elle est bornée à la tunique vaginale, doit être traitée chez l'enfant comme chez l'adulte. Il nous est souvent arrivé de commencer le traitement par une simple ponction de l'hydrocèle, opération préalable qui ne présente jamais d'inconvénients, et qui nous a réussi dans trois ou quatre cas, chez des enfants délicats. Le plus souvent, il y a récidive et reproduction nouvelle du liquide : dans ces circonstances, on est obligé de recourir à l'injection.

Le plus souvent, chez les enfants, nous sommes heureux pour nos opérations d'hydrocèles; nous n'avons que dans des cas très-rares observé des récidives. Quant à la matière de l'injection, nous employons plus fréquemment aussi le vin, dans lequel nous avons fait bouillir des roses de Provins, que la teinture d'iode, qui a été, avec juste raison, du reste, vantée par quelques chirurgiens modernes, et principalement par M. le professeur Velpeau. Nous croyons que, jusqu'à nouvel ordre et jusqu'à plus longue expérience, la décoction vineuse est préférable. Elle a sur la teinture d'iode l'avantage de ne pas salir la seringue et la canule du trois-quarts, non plus que les linges et les pièces d'appareil. La teinture d'iode a néanmoins un avantage que nous nous plaisons à reconnaître : c'est que la guérison semble être plus rapide. Bien que, l'année dernière, dans un cas où nous nous sommes servi de l'iode, la guérison n'ait pas été sensiblement accélérée, le résultat le plus ordinaire est une marche plus rapide.

On a, dans quelques circonstances, conseillé l'emploi du séton : nous l'avons essayé, et nous l'avons abandonné complétement, sauf quelques cas exceptionnels très-rares et quelques indications individuelles particulières.

Une troisième espèce d'hydrocèle est l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique. C'est à l'occasion d'un sujet affecté d'une hydrocèle de cette nature, et couché au n° 15 de la salle Saint-Côme, que nous sommes entré dans les détails qui précèdent. Voici en quelques mots l'histoire du sujet que nous avons présenté.

C'est un garçon de treize à quatorze ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il n'a pas de hernie. Il nous a été présenté, il y a quelques jours, offrant une tumeur située au-dessous de l'anneau inguinal du côté droit. Cette tumeur est roulante sous la peau, fuit sous la pression des doigts; elle a le volume d'un gros œuf de moineau. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau : examinée suivant les règles de l'art, elle est manifestement transparente. Par une pression douce et graduée, on la fait rentrer dans l'anneau inguinal. Les efforts de la toux la font rentrer immédiatement. En examinant le cordon, on voit que le testicule est descendu dans les bourses. Dans les cas de ce genre, nous attachons peu d'importance à la transparence de la tumeur. Il est certain que du moment que le testicule est dans le scrotum, et que l'on sent sur le trajet du cordon une tumeur roulante, fluctuante, ou plutôt rénitente, ronde, c'est à une hydrocèle enkystée du cordon que l'on a affaire. Si c'était une tumeur ganglionnaire, elle ne serait pas dans cette région; elle ne serait pas non plus aussi roulante. Si c'était un

troisième testicule, et on en a vu quelques rares exemples, il n'y aurait pas de transparence, et la douleur serait extrêmement vive à la moindre pression ; puis la tumeur ne serait pas tout à fait ronde, elle serait un peu aplatie dans un sens, et l'épididyme ferait saillie. Il nous a paru qu'en tirant sur le cordon spermatique, la tumeur descend, et qu'au contraire, lorsque l'on cherche à repousser la tumeur dans l'abdomen, le testicule remonte.

La réunion de tous ces caractères nous prouve de la manière la plus évidente que nous avons affaire à une hydrocèle enkystée. Ce qu'il y a de curieux, c'est la position de la tumeur qui est extrêmement rapprochée de l'anneau inguinal. Voilà donc le diagnostic posé sans examen ultérieur. Quels sont les moyens à opposer à cette affection ? Chez les enfants, il nous est arrivé plusieurs fois de patienter, de ne point agir, vu le peu d'urgence, d'attendre que la tumeur fût devenue plus volumineuse. Chez les enfants qui n'éprouvent point de douleur, nous sommes d'avis de ne rien faire. Dans le cas actuel, il n'y a pas d'indication de ne rien faire. Nous conseillons l'emploi d'un suspensoir pour éviter que la tumeur ne comprime le cordon. Cependant nous devons dire que nous n'attachons pas une grande importance à ce que le malade porte un suspensoir, la manière dont ces appareils sont construits les rendant fort peu propres à soutenir les bourses d'une manière réelle. Nous pourrons conseiller quelques frictions sur la tumeur avec des liquides ou des liniments irritants ou toniques, des applications de compresses imbibées de vin.

Nous ne comptons pas beaucoup sur l'efficacité de ces moyens. Lorsqu'ils sont inutiles, il faut se décider à agir ; alors nous les traitons comme ceux de la tunique vaginale. Quand ils sont très-petits, nous préférons l'emploi du séton. Dans le cas contraire, nous faisons l'injection vineuse. Lorsque la tumeur est très-petite, il y a de l'inconvénient à essayer la ponction, la tumeur étant excessivement roulante, difficile à fixer, et la pointe du trois-quarts pouvant atteindre les parties voisines, ce qui n'est jamais sans danger. C'est alors que l'on se trouve bien de passer un fil double dans la tumeur à l'aide d'une aiguille courbe un peu large : c'est cette espèce de séton que nous allons essayer chez l'enfant dont nous venons de vous parler.

---

16. *De la grenouillette chez les enfants.* — Hôpital des Enfants. M. Guersant fils.

(Gazette des Hôpitaux, N° 41, 1846.)

Au n° 30 de la salle Saint-Côme est un garçon âgé de dix à

douze ans, entré il y a deux mois environ, et que vous n'avez pas vu tout à fait au commencement de sa maladie. Il avait une grenouillette, et voici ce qui lui est arrivé :

C'est au mois de juillet dernier que l'on a commencé à remarquer une tumeur sous la langue : cette tumeur, qui prit bientôt le volume d'une cerise, augmenta peu à peu de grosseur ; au commencement de septembre, elle fut opérée en ville. On ne lui a donc opposé aucun traitement pendant les deux ou trois premiers mois. L'opération a consisté en une ponction suivie de cautérisation profonde de la plaie avec le nitrate d'argent. Au bout de quinze jours, la tumeur a reparu, mais plus volumineuse, plus résistante qu'auparavant. Trois semaines après la première opération, vers la fin de septembre, il fut opéré de nouveau par M. le docteur Lenoir ; le procédé mis en usage cette fois fut une simple ponction suivie de l'introduction d'un fil de plomb. Il s'établit de la suppuration ; on maintint le séton en place pendant quinze jours. Au bout de ce temps, on le retira ; nouvelle récidive.

Cet enfant fut admis dans nos salles il y a deux mois environ. A son arrivée, nous constatâmes la présence d'une tumeur au-dessous du bord de la mâchoire inférieure du côté droit, tumeur qui soulevait la langue et qui correspondait au conduit de Warthon. Cette tumeur était transparente, fluctuante : en la palpant avec soin, l'extrémité des doigts sentait des points assez durs, qui ont fait présumer qu'il existait dans le voisinage des ganglions indurés. Notre diagnostic a été sur-le-champ établi avec certitude. Nous avions affaire à une grenouillette. Quelques jours après l'entrée du malade, elle creva ; la rupture donna issue à un liquide visqueux, transparent, incolore. Nous ne fîmes suivre à l'enfant aucun traitement. Nous laissâmes le kyste se remplir de nouveau, ce qui se fit dans l'espace de huit à dix jours.

Nous résolûmes d'employer un autre procédé. On avait une première fois fait une cautérisation ; une seconde fois, on avait placé un séton métallique. Nous avons placé, nous, un séton fait avec des fils de soie, méthode qui nous a souvent réussi. Les auteurs qui ont écrit sur la grenouillette ont prétendu que cette affection est très-fréquente chez les enfants. Nous l'avons bien rencontrée quelquefois, mais assez rarement encore. Les nouveau-nés présentent quelquefois une tumeur sous la langue, qui n'est pas une grenouillette, mais qui est formée de kystes. Nous avons vu un assez grand nombre de ces tumeurs chez les nouveau-nés, mais nous n'avons point eu l'occasion d'en disséquer. M. Breschet, qui en a disséqué plusieurs, a éclairci la question. Depuis que nous sommes chirurgien de cet hôpital, nous avons

vu sept à huit fois des cas de grenouillette : nous devons dire que nous avons reconnu qu'entre cette affection chez l'enfant et chez l'adulte, il n'y a pas la moindre différence.

Pour les causes, nous avons été rarement dans la possibilité de les apprécier. Cependant, nous avons vu une fois un calcul engagé dans le canal de Warthon; presque toujours, suivant nous, la maladie dépend d'une oblitération, quelle qu'en soit la cause, du canal de Warthon. Le but que l'on doit se proposer dans le traitement, c'est ou de rétablir le cours de la salive par ses conduits naturels, ou de lui procurer une issue artificielle permanente dans l'intérieur de la bouche. On ne s'attend pas que nous fassions ici l'histoire complète et la description de toutes les méthodes conseillées pour obtenir la guérison de la grenouillette. Nous nous bornerons à les indiquer en quelques mots. Elles peuvent se réduire aux suivantes :

1° La ponction ou l'incision simple du kyste;

2° L'incision du kyste et la cautérisation de la surface interne avec un liquide caustique ;

3° La destruction d'une portion de la surface sous-linguale de la tumeur avec le cautère actuel;

4° L'excision d'une portion du kyste;

5° L'introduction dans l'ouverture artificielle d'une canule terminée à chacune de ses extrémités par une plaque elliptique;

6° Enfin l'emploi du séton métallique.

Nous avouons, pour notre part, que nous sommes assez disposé à donner la préférence au séton ordinaire : c'est M. Laugier qui a principalement insisté sur l'utilité et les avantages que présente le séton formé de fils de soie. M. Laugier et le docteur Physick de Philadelphie ont eu en même temps la même idée, et ces deux chirurgiens distingués sont arrivés au même résultat. Pour notre part, depuis dix ou douze ans, nous l'avons plusieurs fois employé, et toujours avec succès. Nous pensons dans la tumeur, à l'aide d'une aiguille courbe plus large à sa pointe qu'à son chas, quatre fils de soie : chez l'enfant dont nous vous parlons, il s'écoula un liquide semi-purulent, semi-transparent. Le lendemain, la purulence était plus marquée. Depuis quinze jours, la suppuration continue. Nous avons laissé les fils en place : nous savons que l'on ne peut espérer de réussite qu'en laissant le séton à demeure pendant fort longtemps, six semaines ou deux mois, temps nécessaire pour qu'il se forme une ouverture fistuleuse permanente.

Z...

## VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. *Considérations pratiques sur les bubons scrofuleux et leur traitement;* par M. GABALDA.

(Suite et fin : *voir* t. II, février 1846, p. 110.)

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1846.)

Après avoir exposé les caractères propres qui distinguent les bubons scrofuleux dans leur marche et dans leurs symptômes, il me reste à examiner les *conditions étiologiques* particulières dans lesquelles ils se développent.

Ces bubons surviennent fréquemment chez des individus déjà atteints d'autres affections scrofuleuses. Parmi les malades que j'ai observés pendant l'année 1845, plusieurs ont présenté, en même temps que leur bubon, des lésions de nature scrofuleuse, telles que des engorgements tuberculeux de l'épididyme et du testicule, des engorgements des ganglions cervicaux, des éruptions darteuses (eczéma, impétigo, etc.). Un malade, entré dans le service pour un bubon, y est mort avec des tubercules dans les poumons. Un certain nombre de malades, formant une seconde catégorie, ne présentaient pas de semblables affections pendant la durée du bubon; mais ils en avaient présenté auparavant. Ainsi, plusieurs m'ont assuré avoir eu, pendant leur enfance, soit des écrouelles, soit des éruptions dartreuses, surtout de la face et du cuir chevelu, soit des ophthalmies chroniques, etc. L'un d'entre eux avait subi, un an auparavant, l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Je dois ajouter que chez un assez grand nombre de malades, aucune de ces affections ne s'est présentée ni pendant l'existence du bubon, ni avant son apparition. Mais chez ces derniers, le bubon a suivi une marche parfaitement identique à celle qu'il a affectée chez les malades des catégories précédentes. Est-il, d'ailleurs, permis de nier la nature scrofuleuse d'une affection par cela seul qu'elle est unique? N'est-il pas très-fréquent d'observer des enfants chez lesquels il n'y a autre chose qu'un engorgement des ganglions cervicaux; et ces *écrouelles* n'ont-elles pas toujours été regardées comme des signes pathognomoniques de la scrofule? Les bubons qui nous occupent sont les écrouelles de la région de l'aine. Leur forme, leur marche, leurs symptômes, sont identiques à ceux de l'adénite cervicale. On ne les observe pas ordinairement chez les enfants, parce que les causes locales qui produisent les engorgements ganglionnaires, et que nous étudierons plus loin, n'agissent pas, à cet âge, sur les parties génitales. C'est l'action de ces causes occasionnelles qui détermine la production de l'adénite dans un point plutôt que dans un autre. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir

l'adénite cervicale se manifester aussi chez les adultes, lorsque ces derniers se trouvent dans des conditions favorables à son développement. A l'appui de cette dernière proposition, je citerai le grand nombre de jeunes militaires qui sont affectés d'adénite cervicale scrofuleuse. La *Gazette médicale* du 24 août 1844 a publié un mémoire intéressant sur cette lésion. (*Mémoire sur l'adénite cervicale considérée chez les militaires*, par M. Am. Follet.) L'auteur s'attache à démontrer que les adénites cervicales que présentent les militaires ne sont pas des symptômes de la scrofule, mais qu'elles constituent seulement une maladie locale dont il fait connaître la cause constante. L'analyse de ce travail, qui renferme des conditions pathologiques en tout semblables à celles que j'ai indiquées moi-même pour les tumeurs de l'aine, me fournira quelques arguments en faveur de l'opinion que je soutiens.

« Les tumeurs ganglionnaires du cou, chez les militaires, ne sont *presque* jamais liées à l'affection scrofuleuse : c'est une maladie locale qui a presque toujours une cause locale immédiate. » Telle est la proposition dans laquelle se trouve résumée l'opinion de M. Follet. Ses observations ont pour but de démontrer que l'adénite cervicale peut se développer chez des individus qui ne présentent aucune disposition scrofuleuse, et par le seul fait d'une irritation locale. Je vais essayer de prouver, au contraire, que cette disposition scrofuleuse existe dans les cas cités par M. Follet lui-même, et que s'il est vrai, comme il l'a fort bien observé, qu'une irritation locale est la cause occasionnelle de la lésion qui nous occupe, il n'est pas moins vrai que cette cause n'agit qu'en vertu de la disposition scrofuleuse des individus, et qu'elle agit seulement chez les individus qui présentent cette disposition.

On remarquera d'abord que pour donner à sa thèse une apparence de vérité, M. Follet est obligé d'émettre une restriction singulière : « Les tumeurs ganglionnaires du cou, *chez les militaires*, dit-il, etc. »

Dans un autre passage de son mémoire, il insiste avec plus de détails sur ce singulier privilége des militaires : « A peine si quelques auteurs laissent entrevoir, dit M. Follet, que les tumeurs ganglionnaires du cou peuvent être une maladie locale : c'est qu'en effet les malades atteints d'adénites cervicales qu'on rencontre dans les hôpitaux civils, sont presque toujours atteints en même temps d'ophthalmies, d'ulcères, de dartres, de tubercules pulmonaires, de gonflements des os spongieux ou des extrémités des os longs, de caries, etc. La physionomie des hôpitaux militaires est bien différente, en cela, de celle des hôpitaux civils.

J'avais longtemps fréquenté ces derniers, et je fus étonné, en entrant dans la chirurgie militaire, de trouver dans un état de santé parfaite, souvent même dans un état florissant de vigueur, la plupart des militaires atteints d'adénite cervicale; mais, d'un autre côté, je fus effrayé du grand nombre d'adénites cervicales qu'offrent les hôpitaux militaires, alimentés cependant par des hommes adultes, vigoureux, chez lesquels, pour la plupart, les conditions matérielles de l'existence ont été améliorées. J'en avais vu infiniment moins dans les hôpitaux civils, et pourtant ces derniers se recrutent parmi les individus de la classe pauvre, qui a une si large part des causes assignées aux scrofules. Je soupçonnai des différences essentielles dans la nature de ces maladies, etc. » (Mém. cité.)

Il me semble plus naturel d'admettre que les adénites qu'on observe chez les militaires sont de même nature que celles qu'on voit dans les hôpitaux civils, puisque dans les deux cas elles ont la même marche et les mêmes symptômes. Les différences qui ont frappé M. Follet me paraissent très-faciles à expliquer par les raisons suivantes. Les scrofuleux qu'on voit dans les hôpitaux civils sont ordinairement affectés de la forme grave de la scrofule. Ceux qui ne sont atteints que de la forme bénigne, et qui n'ont, par exemple, qu'une adénite cervicale, n'y viennent pas réclamer des soins, parce que leur état ne les empêche pas de vaquer à leurs occupations, et que d'ailleurs ils n'y seraient pas reçus. D'un autre côté, il n'est pas étonnant que cette forme grave de la scrofule ne s'observe pas dans les hôpitaux militaires, après tous les soins que l'on prend pour n'admettre dans l'armée que des hommes vigoureux et bien constitués. La forme bénigne, au contraire, celle qui peut ne se traduire que par un seul symptôme, tel que l'engorgement d'un ou de plusieurs ganglions, une éruption dartreuse, etc., peut se développer chez des jeunes gens forts et vigoureux.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure qu'au lieu de voir, comme le veut M. Follet, des différences essentielles entre ces états, il faut y voir seulement des différences tenant aux formes de la maladie. Cette distinction a été très-bien faite par M. Follet lui-même : « Lalouette, dit-il, distingue les scrofules malignes des bénignes. » Cette division est, du reste, toute traditionnelle; l'observation journalière la confirme : aussi il est inutile d'y insister plus longtemps.

M. Follet a fait lui-même une remarque qui me semble tout à fait contraire à son opinion, et que je dois signaler. Après avoir énuméré le grand nombre de soldats qu'il a vus atteints d'adé-

nites cervicales, il ajoute : « On est effrayé de pareils chiffres, et pourtant ce n'est rien si l'on pense que la plupart de ces individus étaient déjà entrés dans l'hôpital, et devaient y rentrer encore je ne sais combien de fois, car il est assez rare qu'ils sortent tout à fait guéris; et quand ils ne sont pas réformés, ils passent tout leur temps de service à l'hôpital ou en congé de convalescence. » Cette persistance des engorgements ganglionnaires, cette fréquence dans leurs récidives, ne sont-elles pas une preuve frappante en faveur de leur nature scrofuleuse ?

Pour prouver la thèse qu'il a avancée, M. Follet trace un tableau succinct de la forme grave de la scrofule ; il énumère toutes les affections qui se développent pendant son cours, et, de ce que ni ces affections, ni la cachexie qui les accompagne, ne se sont montrées chez les malades qu'il a observés, il en conclut que l'adénite cervicale n'est pas de nature scrofuleuse. Pour répondre à cet argument, nous n'avons qu'à rappeler que M. Follet, observant des malades affectés de la scrofule bénigne, n'a pas pu voir chez eux les symptômes qui appartiennent à la forme grave de la même maladie.

Le relevé des malades observés par M. Follet va encore nous offrir des arguments contre sa doctrine. « Sur quatre-vingt six malades, dit-il, j'en ai trouvé un qui offrait les caractères physiques du scrofuleux, deux qui avaient des abcès froids, un qui avait des pustules du cuir chevelu, et un qui avait une maladie de Pott. »

Eh bien ! ces cinq malades, que l'auteur est bien forcé de considérer lui-même comme scrofuleux, présentaient des adénites cervicales identiques aux autres.

La dernière partie du travail de M. Follet est destinée à prouver l'influence d'une cause locale et particulière sur le développement des tumeurs ganglionnaires du cou chez les militaires. Cette cause n'est autre que le col raide et fort gênant, à ce qu'il paraît, que portent les soldats. Ici, je partage l'opinion de l'auteur sur l'influence de cette irritation locale. Mais, loin de la regarder comme exclusive et comme rendant suffisamment compte de l'affection qui nous occupe, je pense qu'elle n'est qu'une cause occasionnelle agissant en vertu d'une disposition scrofuleuse des individus. Je me trouve ainsi d'accord avec Lalouette, cité par M. Follet, et qui a remarqué *que les scrofules bénignes avaient été occasionnées à des enfants par des colliers trop serrés*. Cette manière de voir est la seule qui s'accorde avec les faits. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir constaté une irritation mécanique locale, ni même d'avoir montré le lien anatomique

qui établit un rapport entre la cause irritante et les ganglions lésés. Ces circonstances ne peuvent nullement rendre compte de la nature de l'affection. Elles sont communes à un grand nombre de maladies. En les considérant, ainsi qu'on le fait trop souvent aujourd'hui, comme des causes suffisantes, on ne s'explique pas pourquoi, dans un cas, elles déterminent une inflammation simple, tandis que, dans un autre, elles produisent une inflammation chronique et de mauvaise nature. En tenant compte, au contraire, de la prédisposition morbide, la nature de l'affection devient évidente, et les causes occasionnelles conservent, en même temps, toute leur valeur.

Le description que nous a donnée M. Follet présente des caractères tout à fait semblables à ceux que j'ai assignés moi-même au bubon scrofuleux. La lésion est la même dans les deux cas ; il n'y a d'autre différence que celle du siége. Dans la région de l'aine aussi bien qu'à la région cervicale, les tumeurs ganglionnaires sont le plus souvent déterminées par des causes occasionnelles bien manifestes. Ce sont ces dernières qu'il me reste à énumérer maintenant. Ces causes sont ordinairement des lésions des parties génitales. Parmi ces lésions, une des plus fréquentes est le chancre. Le bubon scrofuleux peut s'observer avec toutes les variétés du chancre; ce n'est pas telle ou telle forme d'ulcère primitif qui le détermine, comme cela s'observe pour les bubons syphilitiques. Le chancre n'agit dans le cas qui nous occupe que comme un irritant simple placé dans le voisinage des ganglions, et non pas comme un agent spécifique. Aussi le bubon scrofuleux présente-t-il les mêmes caractères lorsqu'il succède à un chancre simple, et lorsqu'il vient à la suite d'un chancre induré ; c'est-à-dire que dans les deux cas il se montre avec les symptômes que nous lui avons assignés, et qu'il ne participe nullement de la nature spécifique des chancres. La fréquence de l'apparition des bubons strumeux à la suite des chancres a été souvent invoquée par ceux qui veulent absolument les considérer comme une lésion syphilitique. J'ai eu soin de présenter les nombreuses différences qui distinguent les bubons strumeux et le bubon virulent. Quant à l'opinion qui les fait considérer comme des symptômes de syphilis constitutionnelle, nous allons voir qu'elle n'est pas mieux fondée. Il n'y a pas la moindre analogie entre ces petits engorgements ganglionnaires indolents qui ne suppurent jamais, et qu'on observe pendant la période secondaire de la syphilis, et les bubons scrofuleux. Si ces derniers étaient des symptômes de syphilis constitutionnelle, on les verrait survenir pendant la durée de cette maladie, en même temps que les

autres symptômes secondaires ; on les verrait suivre la même marche que ceux-ci, se manifester avec eux, disparaître sous l'influence des mêmes moyens thérapeutiques, etc. ; en un mot, on constaterait entre ces bubons et les différents symptômes syphilitiques le lien pathologique qui unit ensemble tous ces derniers. Mais il n'en est rien. Le bubon strumeux ne s'observe que par exception chez les syphilitiques qui sont en même temps scrofuleux. Il constitue, dans ces cas, une complication qui a une marche tout à fait indépendante, et le traitement qui fait disparaître tous les autres symptômes n'a sur lui aucune influence.

Ces détails suffisent pour prouver que si le chancre peut occasionner un bubon strumeux, c'est tout simplement en déterminant l'inflammation des ganglions de l'aine, et qu'il n'agit pas en vertu de sa nature spécifique.

La blennorrhagie peut, aussi bien que le chancre, être la cause occasionnelle du bubon scrofuleux. Il en est de même de toutes les plaies, ulcérations et lésions de nature quelconque qui siégent sur la verge, telles que phimosis, paraphimosis, herpès, etc. Chez un assez grand nombre de malades, il ne m'a pas été possible d'attribuer à aucune des lésions précédentes la manifestation du bubon, et celui-ci paraissait être survenu spontanément. Quelques-uns, parmi ces derniers, ont été affectés de bubons strumeux à la suite d'excès de coït. C'est surtout chez des jeunes gens de quinze à vingt ans que cette circonstance étiologique m'a paru évidente.

*Traitement.* Je m'empresse de dire que je n'ai nullement l'intention de proposer un moyen nouveau contre l'affection que je viens de décrire. Je crois qu'il est beaucoup plus important de chercher à régulariser l'emploi des différentes méthodes de traitement qui ont été proposées, que d'en inventer de nouvelles. J'ai cité, au commencement de ce travail, un précepte de Hunter qui venait sanctionner ma manière de voir, et qui indiquait en même temps l'intérêt pratique que ne peut manquer d'avoir l'étude des bubons au point de vue de leur nature. « Le premier « pas dans le traitement des maladies, a dit Hunter, est de s'as- « surer quelle en est la nature. » C'est là, en effet, le point capital de la question et le seul qui puisse jeter quelque jour dans le traitement de l'affection qui nous occupe. Malheureusement c'est celui qu'on a le plus négligé. On a proposé une foule de moyens contre les bubons, envisagés d'une manière générale, et on s'est peu inquiété de savoir si tel moyen qui convient contre les bubons syphilitiques était également applicable aux bubons

scrofuleux, etc. Le préjugé médical dont j'ai eu occasion de parler, et qui fait regarder comme syphilitique toute tumeur siégeant dans la région de l'aine, a été surtout funeste quand il s'est agi de traiter ces tumeurs. Aussi voyons-nous encore aujourd'hui des malades affectés de bubons scrofuleux soumis à des traitements mercuriels d'autant plus prolongés qu'ils ont moins d'influence sur la maladie. Il serait superflu de chercher à prouver par les faits ce que je viens d'avancer. Il suffit de rappeler à tous les praticiens qu'ils ont eu à constater eux-mêmes l'inutilité parfaite de ce moyen, toutes les fois qu'ils l'ont employé dans des cas de cette nature.

Il n'entre pas dans mon sujet d'établir la médication interne qu'il convient le mieux d'administrer aux malades affectés de bubons strumeux. Ceci rentre dans le traitement de la scrofule. Je dois seulement examiner quels sont les moyens locaux avec lesquels on obtient le plus promptement la résolution des engorgements ganglionnaires de l'aine. Tout le monde sait avec quelles difficultés on arrive à un semblable résultat.

Les frictions résolutives avec l'onguent mercuriel, les pommades au protoiodure de mercure, à l'iodure de plomb, etc., n'exercent le plus souvent aucune action sur les tumeurs de cette nature. Cependant, lorsque ces dernières sont constituées surtout par l'engorgement du tissu cellulaire, et que les ganglions ne sont pas très-volumineux, ces frictions peuvent déterminer une inflammation plus vive dans la tumeur, amener la suppuration de celle-ci, et plus tard sa résolution complète. Il est rare néanmoins que, même dans cette variété, que j'ai indiquée comme étant la plus simple, on arrive à un résultat définitif seulement par les frictions et les applications résolutives ou excitantes. On peut alors recourir aux vésicatoires appliqués sur la tumeur. Il faut en appliquer plusieurs successivement. Ils agissent dans le même sens que le moyen précédent, en produisant la suppuration du tissu cellulaire. Mais, je le répète, on ne peut attendre un résultat favorable de ces deux moyens que lorsque la tumeur est constituée par un empâtement diffus du tissu cellulaire et qu'elle ne présente pas de ganglions durs et volumineux. Dans les cas où ce dernier symptôme existe, la cautérisation seule peut en triompher d'une manière définitive. De tous les caustiques qui ont été proposés contre le bubon, celui qui me paraît préférable est le caustique de Vienne. J'ai eu à traiter, pendant l'année 1845, dans le service de M. Ricord, plus de cent bubons scrofuleux par ce dernier moyen, et j'ai pu m'assurer qu'aucune autre méthode ne peut procurer une résolution

aussi prompte, et qu'aucune ne prévient d'une manière plus certaine les récidives qui sont si fréquentes dans l'affection qui nous occupe. Je vais exposer succinctement de quelle manière M. Ricord emploie le caustique de Vienne. Le premier jour, on applique une couche de pâte de Vienne ayant environ trois millimètres d'épaisseur et couvrant les deux tiers de la surface de la tumeur. Une demi-heure après cette application, on met un cataplasme sur le bubon. Le cataplasme est renouvelé les jours suivants. L'eschare produite par le caustique se détache du cinquième au dixième jour. Cette eschare comprend ordinairement toute l'épaisseur de la peau. Après sa chute, le tissu cellulaire est mis à nu ainsi que les ganglions tuméfiés. Ceux-ci viennent faire saillie à la surface de la plaie. Il faut alors faire une seconde application de caustique sur les ganglions eux-mêmes. Cette opération n'est nullement douloureuse, contrairement à ce qu'on pourrait penser *à priori*. Cette nouvelle application produit une nouvelle eschare. A la chute de celle-ci, on renouvelle l'opération, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait détruit complétement les ganglions engorgés. Chez quelques malades, il a fallu faire jusqu'à douze applications de caustique pour obtenir ce résultat. Du reste, ce n'est qu'à la condition d'avoir fait disparaître complétement tous les ganglions engorgés qu'on pourra espérer de ne pas voir récidiver la tumeur. J'ai vu des malades chez lesquels la peau s'étant cicatrisée avant la destruction complète des ganglions, une nouvelle tumeur de même nature n'a pas tardé à se manifester. Lorsqu'on a obtenu la disparition complète de l'engorgement, il ne reste plus qu'à favoriser, par des pansements méthodiques, la cicatrisation de la plaie. Celle-ci se fait rapidement. On reste alors frappé de la netteté de la cicatrice et de son peu d'étendue, avantages auxquels on serait loin de s'attendre si l'on considérait seulement l'énorme perte de substance et la largeur de la plaie produite par le caustique.

Je me borne à ces courtes indications qui m'ont été fournies par l'observation, ne voulant pas entrer dans la comparaison des différents moyens qui ont été proposés par les auteurs. Du reste, la plupart de ces moyens agissent dans le sens de celui que je viens d'indiquer. Ce dernier a sur eux l'avantage d'agir avec plus de promptitude et d'une manière plus certaine ; en outre, il est moins douloureux que la plupart d'entre eux. Les malades de l'hôpital du Midi s'y soumettent sans difficulté ; ce qui n'a pas toujours eu lieu pour quelques procédés violents qu'on a voulu appliquer à ces tumeurs rebelles.

18. *Sur les fistules de la face liées à des maladies dentaires;* par M. ADOLPHE GIRARD, élève des hôpitaux de Lyon. — Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. PÉTREQUIN.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, février 1846.)

Les fistules de la face reconnaissent un très-grand nombre de causes; mais elles sont dues le plus souvent à une lésion dentaire dont il est très-important de constater l'existence, pour ne pas tomber, par rapport au traitement, dans des erreurs, sinon très-graves, du moins toujours compromettantes pour la réputation du chirurgien et la plus parfaite santé du malade. On cite plusieurs exemples de fistules dentaires dont la nature a été complétement méconnue et qui ont résisté à des traitements longs et compliqués; on a même pratiqué des opérations graves et douloureuses, tandis que la simple avulsion d'une dent aurait pu faire justice de la maladie.

Nous pourrions citer des exemples de graves méprises commises à ce sujet par des chirurgiens d'un grand renom. Delpech donnait depuis six mois des soins à un Anglais résidant à Toulouse, et affecté d'une fistule de la face, contre laquelle le célèbre chirurgien avait en vain employé la compression, les pommades résolutives et irritantes, et même la cautérisation. A cette époque, il survint de l'autre côté de la mâchoire une fluxion aiguë pour laquelle l'Anglais fit appeler un dentiste : celui-ci, après avoir arraché la dent, depuis quelques jours seulement devenue douloureuse, propose l'extraction de celle qui seule, disait-il, entretenait la fistule, et après l'avulsion de laquelle il garantissait la guérison. Le lord ne voulut pas s'y soumettre sans avoir pris conseil de son chirurgien : Delpech s'y décida, et l'Anglais fut guéri. Instruit par cet exemple, le même auteur raconte qu'il guérit peu de temps après, par le même moyen, une dame atteinte depuis longtemps d'une semblable fistule contre laquelle tous les moyens avaient jusqu'alors échoué. — M. Serre d'Uzès rapporte un cas dans lequel il y avait fistule à la hauteur du maxillaire inférieur avec perte de substance assez considérable : on fit la résection d'une partie de l'os ; opération inutile que l'auteur condamne avec raison.

Ces exemples montrent assez qu'il n'est pas inutile d'étudier avec soin cette question encore si mal connue, et de recueillir tous les faits qui pourront jeter quelque lumière sur ce point obscur de la science. Les cas que nous allons rapporter viendront à l'appui de ce que nous avons dit précédemments nou les tirons du service de M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Obs. I. — Un jeune berger, assez peu développé, d'un tempérament lymphatique, fut reçu au commencement d'octobre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une coxarthrocace ; il fut couché au n° 115 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. Pétrequin : ce malade présentait, de plus, une tumeur blanche scrofuleuse du coude et une double surdité. Lorsqu'il fut guéri de sa surdité, il se plaignit de douleurs intermittentes qui se faisaient sentir au côté gauche de la mâchoire inférieure ; on examina avec soin, et l'on constata l'existence d'une fistule au niveau de la première grosse molaire. En le questionnant, on apprit que, 15 mois auparavant, une fluxion douloureuse s'était déclarée du même côté, fluxion à laquelle avait succédé une petite tumeur molle, qui, en se crevant, avait laissé écouler du pus et s'était changée en véritable fistule. — En explorant avec un stylet mousse et délié, M. Pétrequin arriva au niveau de la racine de la dent suspecte, et fut ainsi porté à croire qu'il avait affaire à une fistule dentaire. L'avulsion de l'ostéide malade amena la guérison en quelques jours.

Le diagnostic, assez facile dans ce cas-là, ne l'est pas toujours autant. Pour y arriver, on doit examiner trois choses, comme l'établit le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

1° L'aspect de l'orifice externe ;

2° Le trajet de la fistule ;

3° Ses rapports avec les dents.

1° *Orifice externe.* — Les fistules dentaires diffèrent de celles qu'on observe dans les maladies des os : elles sont très-fines, en forme de cul de poule ; l'orifice externe est presque imperceptible, peu extensible et entouré d'une dépression sur un fond rougeâtre ; tout autour, on sent un petit cercle induré qui diffère beaucoup de l'empâtement que l'on observe dans les parties molles, lorsqu'on a affaire à une altération organique des os. — Ces fistules sont beaucoup plus rares au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur : elles sont dans le rapport de 1 à 4 ou 5. Cela s'explique par la tendance de la suppuration à se porter de haut en bas dans les cas d'abcès à la mâchoire supérieure ; et alors l'ouverture se fait à la gencive, sans traverser les joues.

2° *Trajet fistuleux.* — La longueur du trajet est variable. Il est quelquefois si court que les deux orifices semblent adjacents, et dans ce cas on doit s'attendre à une dépression très-sensible après la guérison ; généralement il est plus long. Il est rarement rectiligne : dans la plupart des cas, sa direction est flexueuse de bas en haut et de dehors en dedans ; d'autres fois, il est horizontal et va tantôt de droite à gauche, tantôt de gauche à droite.

La guérison s'opère le plus souvent par une cicatrice difforme, et cette difformité tient à deux causes : la couleur de la partie qui est plus ou moins foncée, et la dépression qui résulte de l'adhérence de l'orifice interne ou maxillaire.

La couleur rouge se dissipe souvent, pour ne pas dire toujours, en même temps que l'état phlegmasique, et la peau reprend peu à peu sa teinte naturelle. Quant à la dépression, elle sera avantageusement combattue par un procédé opératoire mis en usage par M. Pétrequin, savoir, par la section du trajet fistuleux entre la joue et l'arcade dentaire; la partie, n'étant plus tirée en dedans, reviendra insensiblement sur elle-même, et, au bout d'un certain temps, toute dépression aura complétement disparu.

3° *Rapports avec les dents.* — Enfin, nous avons dit que le dernier moyen de porter un diagnostic certain, c'était d'examiner les rapports de la fistule avec les dents. L'exploration par le stylet peut jeter un grand jour sur la question : pour sonder, on dirigera de dehors en dedans et un peu de bas en haut un stylet très-fin et très-flexible, qui puisse facilement suivre toutes les sinuosités du trajet. Si le stylet, enfoncé sans de violents efforts, pénètre dans un conduit à parois rugueuses, et arrive, après un court trajet, sur un corps dur et sonore, le chirurgien sera en droit de conclure que l'affection reconnaît bien pour cause une lésion dentaire. — Ce premier point éclairé, une nouvelle question se présente : Quelle est la dent malade ? quelle est celle qu'il faut avulser ? Si l'on a affaire à un reste de chicot, on n'éprouvera aucune difficulté. Mais il arrive, et même assez souvent, qu'aucune dent ne semble malade, et que le sujet vous dit n'avoir jamais souffert du mal de dents : cependant l'exploration par le stylet vous a donné la conviction que la fistule reconnaissait pour cause une altération dentaire. Encore une fois, comment faire pour reconnaître quel est le point de départ de la maladie ? On a pour cela un ensemble de procédés à l'aide desquels il est rare qu'on n'arrive pas à son but. Et d'abord, comme l'œil ne peut pas apercevoir le pan postérieur de l'alvéole, on emploie un petit miroir (*speculum*) qui permet souvent de découvrir dans cette partie une altération plus ou moins grande. Si ce moyen n'amène aucun résultat, on frappera sur toutes les dents du côté de la fistule avec le manche d'un bistouri, ou, plus simplement, on s'efforcera de les ébranler avec le doigt, et quelquefois l'ébranlement ou la percussion fera reconnaître le siége de la maladie. Un autre moyen, souvent utile, est d'imprégner une éponge d'eau chaude ou d'eau froide, et de faire dégoutter

sur chaque dent, l'une après l'autre, quelques gouttes de ce liquide. Le malade éprouve alors une sensation particulière, qui est plutôt agréable que douloureuse si le liquide est tiède, et qui est au contraire pénible s'il est froid. Cependant ces procédés peuvent faire défaut : alors il est rare qu'en déchaussant un peu la dent de le gencive, on n'arrive pas à trouver son col malade.

Une fois que l'on a trouvé l'organe altéré, on songe à en faire l'extraction. Une fois la cause de la maladie enlevée, les phénomènes ne tardent pas à s'amender ou tout au moins à changer de nature. L'alvéole s'enflamme et s'oblitère en partie ; la fistule ne laisse plus écouler du pus et se ferme extérieurement : si le maxillaire était un peu tuméfié, l'engorgement se résout ; le malade n'éprouve plus la sensation pénible que lui faisait endurer l'introduction de l'air par la fistule dans la bouche lorsqu'il aspirait un peu fortement. Tout est terminé ; on n'a plus qu'à combattre la difformité qui résulte de la dépression : c'est alors qu'on s'occupe de la section du trajet fistuleux à la suite de laquelle, comme nous l'avons dit plus haut, le sujet est complétement débarrassé de son infirmité, sinon grave, du moins pénible et même douloureuse.

Chez notre jeune malade, la fistule était entretenue par la carie d'un chicot : en écartant un peu la gencive, qui était déjà boursoufflée et le recouvrait en partie, on en fit l'extraction comme nous l'avons dit, et au bout de six jours la fistule était complétement fermée. Depuis lors, toute gêne a disparu, et le sujet ne fut plus retenu à l'hôpital que par son affection articulaire, dont la guérison n'était pas aussi facile.

Voici une deuxième observation qui montre bien que le traitement simple, dont nous parlons, peut rapidement mettre fin à une affection longue et ennuyeuse.

Obs. II. — Un homme de 50 ans, de Lyon, portait, depuis 20 mois, une fistule à la mâchoire inférieure gauche : elle rendait sans cesse une suppuration sanieuse et fétide qui incommodait beaucoup le malade. Lorsqu'il respirait un peu fortement, l'air s'introduisait par le trajet fistuleux, et il en résultait une douleur très-vive ; s'il buvait, il sentait souvent le liquide sortir de la joue par la fistule. Il consulta plusieurs médecins qui n'amenèrent aucun changement dans son état. Il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin, qui l'examina avec soin, trouva la dent qui causait la maladie, et en ordonna l'extraction le même jour. Le quatrième jour après l'opération, la suppuration était complétement tarie, et une petite croûte fermait déjà

l'orifice externe. On permit au malade de s'en aller. Il revint 10 jours après ; la cicatrisation était complète.

J'emprunte au mémoire publié en juin 1845, dans la *Revue médicale*, par le docteur Marc Olivet, *sur les fistules de la face*, l'observation suivante qu'il a aussi recueillie dans le service de M. Pétrequin, où je l'ai moi-même observée.

Obs. III. — Jean Vaubertrand, marinier, âgé de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 février 1844 ; il est d'une bonne constitution, et n'a jamais fait d'autre maladie que celle qui va nous occuper. A l'âge de 18 mois, il tomba de telle manière que toute la force du coup porta sur le maxillaire inférieur, qui fut fracturé. L'os se nécrosa en partie, et 13 esquilles se détachèrent ; depuis 3 ans seulement la guérison est complète. — Il est résulté de cet accident que l'os est un peu atrophié, et que les dents y sont logées à l'étroit ; aussi la plupart sont-elles déformées, rabougries : on a même été obligé de faire l'extraction de quelques-unes, qui, par leur direction, gênaient le malade dans la parole et la mastication. Il y a un an et demi, la deuxième petite molaire droite inférieure lui fit mal ; elle se caria : la couronne tomba peu à peu, et 10 mois après une fistule se déclara à l'extrémité inférieure de sa racine. Le 16 février seulement, on s'aperçut de cette fistule (car le malade était entré à l'hôpital pour une contusion du pied). M. Pétrequin la fit avulser, et depuis ce moment les douleurs ont disparu : l'inspiration de l'air n'est plus suivie d'une sensation désagréable ; l'alvéole est revenue sur elle-même, et la gencive tend à se fermer. La fistule ne laisse plus passer de liquide le 21 février, et sa cicatrisation a déjà commencé à l'extérieur. Le 23, le malade sort guéri. Ces observations n'ont pas besoin de commentaires.

---

19. *Note sur les accidents qui suivent la piqûre des nerfs ;* par M. Aug. Bérard, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de la Pitié.

(Journal des Conn. médico-chir., mars 1845.)

Les plaies par piqûre sont celles qui atteignent le plus souvent les cordons nerveux.

Au moment où le nerf est piqué, l'individu éprouve une douleur extrêmement vive qui se fait sentir dans le lieu blessé et qui s'irradie dans les divisions du nerf jusque dans les parties où il se termine. Quelquefois la douleur remonte vers l'origine du

cordon nerveux. Après avoir persisté pendant quelques jours et avoir rendu les mouvements difficiles ou impossibles, la souffrance se calme peu à peu, et elle finit ordinairement par disparaître complétement. Dans d'autres cas, des accidents plus ou moins graves peuvent être la conséquence de ce genre de blessure.

Tantôt des douleurs atroces, des mouvements convulsifs et le tétanos ont entraîné la perte des malades.

Tantôt il arrive des contractions spasmodiques qui reviennent par crises, accompagnées de souffrances plus ou moins vives. Ces contractions restent ordinairement bornées à la partie dans laquelle se distribue le nerf blessé. D'autres fois elles s'étendent à tout le corps. Si c'est aux membres inférieurs, les malades ne peuvent supporter ni la marche ni le mouvement de la voiture.

Tantôt enfin une névralgie opiniâtre est la conséquence de ce genre de blessure. Il peut s'écouler un temps assez long entre l'apparition de ces accidents et l'époque où le nerf a été piqué. Nous avons pu observer sur nous-même un exemple de névralgie occasionnée par la piqûre du nerf frontal. A l'époque où nous étions interne dans les hôpitaux de Paris, notre chef de service, physiologiste célèbre, désirait connaître le résultat de la galvanisation du nerf ophthalmique. Nous nous empressâmes de nous offrir pour sujet d'expérience. Une aiguille fut enfoncée dans la branche externe du nerf ophthalmique de Willis, à sa sortie du trou sus-orbitaire, et un courant électrique fut dirigé à travers les divisions de ce nerf. Nous ressentîmes à l'instant même des douleurs extrêmement vives dans le front et dans le sommet du crâne. Ces douleurs cessèrent dès que l'aiguille fut retirée; mais, quelques mois après, nous avons ressenti une première attaque de névralgie frontale dans les divisions du nerf qui avait été piqué. La douleur avait le type intermittent quotidien; elle céda à l'usage du sulfate de quinine. Depuis cette époque, nous avons éprouvé, toujours dans les divisions du même nerf, à plusieurs années d'intervalle, d'autres attaques dont quelques-unes ont présenté une violence excessive, une longue durée, et se sont étendues aux deux autres branches du nerf ophthalmique, c'est-à-dire dans les filets du nasal et du lacrymal.

Dans l'observation de M. Verpinet, on voit une jeune personne qui reçoit un coup de canif à l'avant-bras, au-dessus du poignet. Il en résulte une vive douleur qui se fait sentir dans l'avant-bras, le poignet et les doigts : il s'y joignit bientôt des mouvements spasmodiques, tandis que les mouvements volontaires des doigts étaient ou incomplets ou impossibles. Plus tard, le spasme devint général; la jeune personne tomba dans le dépérissement, et elle

menait depuis deux ans une existence misérable, lorsque Petit, de Lyon, parvint à la guérir en cautérisant la cicatrice, à plusieurs reprises, avec le cautère actuel.

Nous avons soigné pendant longtemps et sans aucun succès une femme atteinte d'accidents semblables à ceux dont a parlé M. Verpinet. La cause en était due à une blessure faite par un morceau de verre qui avait pénétré au-dessus de l'articulation du poignet et probablement atteint le nerf médian.

Nous avons actuellement dans notre service, à l'hôpital de la Pitié, une femme qui a été saignée au pli du bras vers le mois de mai de cette année. Nous allons en fournir l'observation détaillée.

*Diagnostic.* — On ne peut guère confondre les effets qui résultent de la piqûre d'un nerf avec aucune autre maladie. La circonstance d'une plaie qui répond à un nerf, les douleurs qui se propagent le long des filets nerveux, les tremblements et mouvements convulsifs qui résistent aux moyens ordinaires, ne laissent guère de doute sur la nature de l'affection.

*Pronostic.* — La piqûre d'un nerf est, en général, un accident exempt de gravité. La douleur qu'elle produit cesse d'ordinaire au bout de quelques heures, de quelques jours au plus. Mais le mal devient très-grave lorsque le spasme, les mouvements convulsifs, les douleurs névralgiques se prolongent. Les malades peuvent être alors tourmentés sans relâche, et pendant plusieurs années, par des souffrances qui portent le trouble dans l'économie tout entière. Heureusement ces accidents n'ont été observés qu'un petit nombre de fois.

*Traitement.* — Lorsque la blessure est récente, on doit employer le repos, les antiphlogistiques et les opiacés ; c'est encore à ces derniers médicaments qu'il faut recourir quand la maladie se prolonge. On fera des onctions sur le trajet du nerf avec un liniment d'huile d'amandes douces, de laudanum et d'huile de jusquiame ; on baignera la partie dans la décoction de pavots et de belladone ; on appliquera la morphine par la méthode endermique, etc.

Mais le plus souvent le mal résiste à ces moyens. Il ne reste d'autre ressource que de détruire le nerf affecté : pour cela on peut recourir soit à la cautérisation, soit à l'incision. La première de ces méthodes est plus douloureuse, elle laisse des cicatrices plus apparentes ; mais elle atteint plus sûrement le nerf et elle le détruit dans une grande étendue. On peut appliquer le cautère rougi à blanc ou le caustique de Vienne. Si rien ne s'oppose à ce qu'on agisse sur la plaie même, c'est dans le point où le nerf a été blessé qu'on doit mettre le caustique. Dans le cas contraire,

on se rapproche de l'origine du nerf. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise. Dans l'observation de M. Verpinet, il a fallu la répéter à trois reprises différentes.

Quand on emploie l'instrument tranchant, on fait entre la plaie et les centres nerveux, à deux ou trois centimètres de la blessure, une incision transversale qui doit s'étendre en profondeur jusqu'au nerf inclusivement. Peut-être atteindrait-on également le but si on procédait par la méthode sous-cutanée ; mais alors les deux bouts du nerf resteraient en contact, et ils pourraient, en se cicatrisant trop vite, rétablir la maladie.

Dans les cas peu nombreux où l'on a eu recours à une opération, les individus ont été guéris radicalement, et le succès a été immédiat ; c'est-à-dire qu'à peine le nerf divisé, les souffrances ont disparu et les fonctions se sont de suite rétablies.

*Anatomie pathologique.* — Les plaies par piqûre déterminent dans le tissu du nerf une tuméfaction circonscrite avec effusion de sang dans le tissu cellulaire intermédiaire aux filets nerveux et dans leur enveloppe névrilématique. Quand les phénomènes de l'inflammation aiguë sont dissipés, et que la résorption des liquides épanchés est effectuée, il reste, soit dans toute l'épaisseur du cordon nerveux, soit dans un point de sa circonférence seulement, si la piqûre a été très-circonscrite, un renflement dur, opaque, de consistance fibreuse, et qui est uniquement formé par l'épaississement du tissu cellulo-fibreux du nerf. Tel est le résultat des expériences faites par Wolff, par Béclard et Descot. En est-il de même sur l'homme que sur les animaux ? nous avons inutilement recherché. C'est donc sur le trajet des nerfs blessés que nous avons eu l'occasion d'examiner. Mais quand cette tuméfaction existe, elle peut fournir une indication utile dans les cas où les accidents qui résultent de ce genre de blessure ont résisté aux moyens curatifs les plus rationnels, et où il faut en venir à la section du nerf blessé ou à sa cautérisation.

Obs. — *Névralgie traumatique, suite de la phlébotomie ; traitement par la cautérisation du nerf.* Observation recueillie par M. Rieux, élève du service. — Le 14 novembre 1845 est entrée à la Pitié, salle Saint-Jean, n° 1, la nommée Pariset (Louise-Virginie), quarante et un ans, blanchisseuse, demeurant rue Gît-le-Cœur, née à Paris.

*Commémoratifs.* — Ses parents n'ont jamais eu d'affections graves. A l'âge de dix mois, elle est tombée dans le feu et a eu le visage brûlé. L'œil gauche, qui a porté sur une pointe de bois, a été vidé complétement et s'est atrophié.

Elle n'a pas été vaccinée ; mais à dix ans elle a eu une petite

vérole discrète. Menstruation régulière depuis l'âge de douze ans. A dix-huit ans, elle s'est mariée et a donné naissance à quatre enfants bien portants.

En 1843, au mois d'avril, elle a reçu des coups de son mari, à l'époque menstruelle : il y eut suppression de l'écoulement, et depuis lors il ne s'est plus montré; mais à chaque mois, à l'approche des règles, elle a éprouvé de la céphalalgie, quelques coliques, des nausées, et parfois des vomissements. La santé, du reste, a été généralement bonne. Pas de douleurs rhumatismales.

Nourriture assez abondante, mais peu saine; logement au rez-de-chaussée, mais bien sec.

En 1840, en portant des charges très-fortes, elle ressentit une douleur dans le côté. On lui appliqua, à la Pitié, dans le service de M. Clément, vingt-cinq ventouses scarifiées, *loco dolenti;* mais, huit jours après, ne se sentant pas guérie, elle demanda sa sortie, et se posa chez elle, de son chef, trente sangsues à la place des ventouses. Depuis lors, dit-elle, le point de côté à disparu.

En 1845, le 19 mai, après plusieurs nuits de travail près d'une fenêtre, elle a pris froid. Elle est restée couchée pendant quatre jours, sans nourriture, sans travail et sans traitement. Le quatrième jour, faiblesse générale, parole difficile, extinction de voix. Frissons généraux, fréquents.

Le 23, elle entre dans la salle du Rosaire, n° 4, service de M. Serres. On a, dit-elle, constaté une fluxion de poitrine pour laquelle on a ordonné une saignée de 250 gr., un julep gommeux et de la tisane de violettes avec sirop de gomme.

La saignée est pratiquée le 24 au matin sur le bras gauche. Le soir, respiration difficile ; seconde saignée pratiquée par l'interne sur la veine médiane basilique du bras droit ; mais à peine la lancette eut-elle pénétré, que la malade ressentit à l'endroit lésé une douleur extrêmement vive, qu'elle compare à la sensation qu'elle éprouverait si on lui piquait le bras, depuis sa partie inférieure et interne jusqu'au pouce, avec un millier d'épingles. Les objets qu'on lui présenta ne purent être saisis, et le porte-lancette qu'elle roulait dans ses doigts pour favoriser l'écoulement du sang s'échappa de sa main. Le sang néanmoins coula avec force et abondance. La saignée terminée, on a simplement mis sur la petite plaie une compresse carrée trempée dans l'eau fraîche, et modérément serrée par deux ou trois tours de bande.

Le lendemain matin, elle s'est plainte à M. Serres que son bras était trop serré, qu'il était engourdi, et qu'elle n'en pouvait faire le moindre usage. On examina le bras et l'avant-bras avec

beaucoup de soin, et on aurait, dit-elle, noté un peu de gonflement et la lésion probable d'un nerf. Bain de bras; cataplasme.

Le 27, la plaie faite par la lancette se ferma. La maladie interne diminua progressivement, et au bout de quelques jours on suspendit complétement le traitement. Elle resta donc à l'hôpital pour l'engourdissement du bras, de l'avant-bras et de la main. Elle prit chaque jour des bains de bras et des douches de vapeur; cataplasmes.

Le 25 juin, ne voyant survenir aucun changement dans sa position, ne pouvant se servir de son bras, elle sortit de l'hôpital. Arrivée chez elle, elle continua pendant une quinzaine de jours l'application du cataplasme, puis elle le suspendit. Ne sentant plus beaucoup de douleur, elle essaya alors de reprendre son état de blanchisseuse; mais, comme il lui était impossible de serrer fortement la main, elle laissa tomber dans l'eau son savon, son battoir et son linge. Elle fut donc forcée de renoncer à l'usage du bras droit. Pendant six mois, elle resta chez elle dans cet état, calmant par des cataplasmes les douleurs qu'elle éprouvait de temps à autre.

Le 14 novembre, voulant tenter un nouveau traitement, elle se décide à entrer dans le service de M. A. Bérard, salle Saint-Jean, n° 1. Voici ce que nous avons observé :

*Etat actuel.* — Tempérament bilioso-sanguin. Intelligence médiocre. Mémoire assez bonne. Cheveux châtains; yeux gris cendré. L'œil gauche est atrophié et ne présente que la cornée opaque. On remarque çà et là sur la figure des cicatrices provenant d'une brûlure de date ancienne. La peau offre une teinte ictérique générale. Maigreur assez notable, visage empreint de souffrance.

Le bras droit est légèrement fléchi. Rien de particulier dans son volume ni dans sa couleur. Il est engourdi, et ne peut exécuter aucun mouvement sans occasionner de la douleur; aussi la malade a-t-elle soin de le soutenir avec la main gauche. Le long du bras, il existe une douleur sourde permanente; mais par intervalles une douleur plus vive se fait sentir : elle a son point de départ au pli du coude à l'endroit de la saignée. De là elle s'étend vers le bras jusqu'à l'épaule. Son intensité est médiocre. Elle descend, beaucoup plus énergique, vers l'avant-bras, à son côté externe et vers le pouce et les premiers doigts. Le bras et l'avant-bras sont frappés d'impuissance; la main surtout peut à peine se fermer : cependant elle porte encore, sans les laisser tomber, quelques objets, tels qu'une fourchette, un couteau.

Le 25, après avoir parfaitement constaté la nature et le siége

de l'affection, M. le professeur A. Rérard fit appliquer sur le pli du bras un vésicatoire de la grandeur de deux pièces de cinq francs, puis fit faire des frictions sur l'avant-bras avec un liniment huileux laudanisé. Pas d'amélioration. Mêmes douleurs.

Le 2, suspension du vésicatoire et des frictions. On les remplace pendant une dizaine de jours par des bains de bras dans l'eau de guimauve. Pas de changement.

Le 15, M. Bérard emploie un moyen d'une plus grande efficacité. Il fait, avec le caustique de Vienne, une pâte consistante, du volume d'une olive, qu'il applique obliquement de dedans en dehors, et de haut en bas, de façon à traverser le trajet des filets superficiels du nerf musculo-cutané au pli du bras.

Après deux minutes d'une application assez difficile en raison des mouvements de la malade, on a enlevé la pâte avec une spatule, et la partie subjacente a été frappée de mort dans une assez grande profondeur.

Au bout de quelques jours, l'eschare a été détachée ; elle comprenait la peau et les couches celluleuses superficielles. Pansement avec linge cératé et cataplasme. Gonflement du bras : les douleurs lancinantes ont été étouffées et remplacées pendant quelque temps par celles produites par le caustique.

Les mouvements ne sont ni plus faciles ni plus étendus.

Le 12 janvier, M. Bérard a recours à une nouvelle cautérisation. Il place dans la plaie encore ouverte un morceau de chlorure de zinc qu'on laisse séjourner ; pendant quarante heures, la malade a beaucoup souffert, et a redoublé par ses lamentations le repos de la salle. Cérat opiacé sur la plaie, charpie et cataplasme laudanisé. Une pilule calmante le matin et deux autres le soir. Le lendemain, amélioration des symptômes nerveux. Le sixième jour, l'eschare est tombée. Les parties molles sont désorganisées à une grande profondeur ; on pense que le nerf blessé a été atteint. Le fond de la plaie est très-sensible.

Après quelques jours de moyens calmants et de repos, on peut s'assurer que les douleurs de la névralgie traumatique ont disparu. Seulement, comme les suites de la cautérisation ont été très-douloureuses, on ne sait si la névralgie a cessé tout à coup, au moment où le caustique a atteint le nerf blessé, la malade n'ayant pu faire la différence entre l'une et l'autre espèce de souffrance. Peu à peu l'usage du membre est devenu plus facile ; mais comme il était resté dans l'inaction pendant plusieurs mois, les mouvements ne s'accomplissent qu'avec difficulté. Pour dissiper la roideur des articulations et rendre aux parties molles leur souplesse, la malade est soumise à l'emploi des bains et des dou-

ches d'eau alcaline sur les parties affectées et aux frictions avec le cérat camphré. Sous l'influence de ce traitement, le membre acquiert chaque jour plus de force et d'agilité. Quant à la névralgie, les accès en ont complétement disparu, et la souffrance habituelle est remplacée par une sensation d'engourdissement qui répond aux parties dans lesquelles se faisait sentir la douleur.

---

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. *Note sur un nouvel instrument pour pratiquer la cautérisation du canal de l'urèthre*; communiquée par M. le docteur OLLAGNIER.

(Gazette médicale de Paris, N° 14, 1846.)

L'application directe du nitrate d'argent à l'état solide est sans contredit un des moyens les plus utiles que l'on possède pour combattre les affections chroniques des muqueuses externes et de celle qui tapisse le canal de l'urèthre en particulier. Il est des chirurgiens qui se sont exagéré la puissance de ce moyen et qui ont mal compris la manière dont il convient de l'employer : d'autres, le regardant comme nuisible, ont cru devoir y renoncer; mais ceux qui, sans prévention, ont étudié son mode d'action, ont reconnu que cet agent employé, non comme escharotique, mais comme modificateur, pouvait rendre de grands services dans le traitement des maladies des voies urinaires. C'est à ce dernier titre que nous en conseillons l'usage, convaincu, d'après les faits nombreux qui se présentent aujourd'hui dans la pratique, que la destruction d'un rétrécissement par perte de substance expose à des récidives incurables. Mon but n'est pas d'énumérer les cas dans lesquels il convient de recourir au nitrate d'argent; je me propose seulement de faire connaître un nouvel instrument adopté depuis quelque temps à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et que j'ai imaginé dans l'intention de rendre le procédé opératoire de la cautérisation du canal de l'urèthre, plus facile, plus précis, moins dangereux que la plupart des procédés décrits jusqu'à ce jour.

Quelles sont les qualités que l'on doit trouver dans un instrument destiné à porter un caustique dans un point quelconque du canal excréteur de l'urine ?

1° Il faut que son introduction puisse se faire avec facilité et sans tâtonnement;

2° Qu'il soit assez flexible pour se prêter aux courbures normales ou accidentelles que ce canal est susceptible de prendre;

3° Qu'il soit d'un calibre proportionné aux espaces dans

lesquels il doit s'engager ; qu'il puisse les traverser au besoin sans les froisser ni les contondre ;

4° Qu'il n'expose pas le chirurgien à faire fausse route, ou à arc-bouter contre l'orifice d'un rétrécissement ;

5° Qu'il permette de porter avec précision le caustique sur le point du canal qui doit être modifié.

Tous ces avantages, nous croyons les reconnaître à l'instrument que nous allons décrire.

Il se compose :

1° D'une sonde conductrice en métal, flexible et conique dans une partie de son étendue ;

2° D'une tige porte-caustique ;

3° D'une bougie emplastique.

La bougie est conique ; elle a un calibre proportionné à celui de la sonde conductrice.

Cette dernière est en argent, moins longue que la bougie, mais également conique, à parois très-lisses, et ouverte à ses deux extrémités. Dans l'étendue de 4 pouces à partir de sa petite extrémité, cette sonde conique est constituée par une lame d'argent de largeur décroissante, contournée en spirale à tours contigus, comme le seraient ceux d'un ressort en boudin ; ce qui donne à cette extrémité de l'instrument toute la flexibilité désirable. Cette canule comporte différents calibres, suivant la largeur du rétrécissement dans lequel son extrémité doit s'engager.

La tige porte-caustique se termine par une cuvette ordinaire, ou, lorsqu'elle doit être d'un petit calibre, par une extrémité sur laquelle est creusée une rainure en spirale peu profonde, mais assez large. Cette tige est flexible, afin de pouvoir suivre les inflexions que la sonde conductrice est susceptible de prendre.

Pour se servir de cet instrument, on le dispose ainsi qu'il suit :

On charge le porte-caustique. Sil s'agit de la cuvette ordinaire, je n'ai rien à dire ; mais on ne réussirait pas, en s'y prenant de la même manière, à l'égard de la rainure spiroïde. Il faut, pour charger cette dernière, faire fondre le nitrate d'argent sur une lame en porcelaine ou en faïence, un morceau d'assiette par exemple, et rouler l'extrémité creusée en rainure dans le nitrate d'argent fondu. Celui-ci se solidifie très-vite et s'attache fortement à l'extrémité de la tige. On enlève ce qui dépasse les bords de la rainure avec de la pierre-ponce, comme Ducamp conseille de le faire à l'égard de la cuvette.

Le porte-caustique préalablement chargé, on introduit la bougie emplastique dans le conducteur, qui la revêt exactement, excepté ses deux extrémités qui dépassent celles du conducteur

dans l'étendue d'un pouce environ. Bien que les parois de ce dernier soient aussi minces que possible, on comprend qu'il ne se termine pas insensiblement sur la bougie sans donner lieu à une légère inégalité de nature à occasionner un temps d'arrêt lorsque l'instrument doit pénétrer dans le rétrécissement. Pour obvier à cet inconvénient, on peut, si on le juge convenable, établir la continuité de la surface de la bougie avec celle du conducteur par une petite zône d'extrait gommeux d'opium, substance inoffensive et soluble dans les mucosités du canal.

Ainsi disposée, cette partie de l'instrument constitue une bougie conique flexible, à extrémité mousse, que l'on introduit comme une bougie ordinaire, et qui, lorsque le canal est libre, peut s'insinuer jusque dans la vessie avec la plus grande facilité, sans qu'il soit nécessaire d'exercer aucune traction sur la verge. Lorsque l'extrémité du conducteur est parvenue à la profondeur voulue, on retire la bougie qu'il contient, laissant le conducteur en place, et l'on introduit dans la cavité de celui-ci la tige porte-caustique. Une marque ou un curseur, placé sur cette tige, indique le moment où l'extrémité de la cuvette se trouve au niveau de la sonde conductrice. Veut-on faire agir le caustique, il suffit de démasquer la cuvette en remontant le conducteur, et le nitrate d'argent se trouve en contact avec le point du canal que l'on veut modifier.

La fabrication de cet instrument présente des difficultés sous le rapport de ses conditions de flexibilité, de solidité et de perfection. Les anneaux de la spirale pourraient constituer une surface brisée, inégale; ces anneaux, au lieu d'être parfaitement contigus, pourraient n'être pas assez rapprochés, et pincer la muqueuse pendant l'introduction de l'instrument. J'ai confié la confection des miens à M. Blanc, artiste très-habile, qui a su parfaitement comprendre leur mécanisme, et les mettre à l'abri des reproches que je viens de signaler.

---

## OPHTHALMOLOGIE. — 21. *Études pratiques sur la cataracte;* par le docteur DESMARRES.

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 92; t. II, février, p. 138.)

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, mars 1846.)

B. *Cataractes capsulaires.* — Ces cataractes siégent dans la capsule qui enveloppe le cristallin. Le plus souvent l'opacité est placée à la face antérieure de la cristalloïde et vers le centre de cette membrane; quelquefois on a observé des taches dans le

feuillet profond. De là des cataractes capsulaires antérieures et postérieures.

Si l'on en croyait la plupart des auteurs qui ont écrit sur la cataracte capsulaire, cette maladie serait presque aussi fréquente que la lenticulaire; cependant il est loin d'en être ainsi. L'erreur vient, sans aucun doute, de ce qu'on a pris très-fréquemment les stries opaques de la surface ou, ce qui est la même chose, de la substance corticale de la lentille pour des taches de la capsule; circonstance sur laquelle nous nous sommes déjà expliqué en parlant des caractères des cataractes molles. Il résulte de là que si elle est plus rare qu'on ne l'a dit, la cataracte capsulaire n'en existe pas moins, et que l'on a commis une erreur en avançant qu'il n'y a aucune autopsie bien faite qui démontre l'opacité de la cristalloïde. Cette opinion de M. Malgaigne, aussitôt qu'elle fut connue, fut combattue par des ophthalmologistes d'un grand mérite, et de la discussion qu'elle souleva il résulta que la cataracte capsulaire existe évidemment, mais qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement. L'opinion de l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis a donc été très-utile, parce qu'elle a servi à mettre en lumière ce fait trop peu connu, qu'on prend le plus souvent les taches de la surface du cristallin pour des opacités de la capsule.

*Cataracte capsulaire antérieure.* Cette cataracte est complète ou incomplète, c'est-à-dire qu'elle s'étend à toute la surface de la membrane du cristallin en avant, ou ne siége que sur une partie très-limitée.

1° *Caractères anatomiques.* — A la surface antérieure de la capsule et dans le champ de la pupille on voit une tache ordinairement d'un blanc nacré, ou couleur de craie, dont la surface est toujours inégale, couverte de petites plaques ou aspérités qui sont d'un jaune plus foncé ou d'une couleur plus claire que le reste de la tache. Jamais on n'y voit de stries, à moins que les couches corticales du cristallin ne soient malades. En examinant avec attention la surface opaque, on reconnaît assez ordinairement que l'ensemble de l'opacité est formé d'une très-grande quantité de petites élévations dont la forme se rapproche toujours de la circulaire. On peut comparer la forme et l'arrangement de ces petites taches qui constituent la cataracte capsulaire à la disposition que prendrait une légère couche d'axonge que l'on comprimerait entre deux feuilles de papier qu'on séparerait ensuite brusquement. Ces taches se répandent, quand la cataracte capsulaire est complète, à toute la surface de la membrane, aussi bien à sa circonférence qu'à son centre. Il arrive quelque-

fois qu'une portion de la capsule demeure transparente, bien qu'elle soit environnée d'opacités, et alors on peut reconnaître l'existence d'une cataracte lenticulaire. Si, au contraire, le cristallin n'a pas souffert, on voit le fond noir de l'œil à travers cette lacune qui peut être fort large dans quelque cas.

La cataracte capsulaire antérieure est quelquefois très-limitée : elle se réduit assez souvent à un point opaque blanchâtre placé à la surface de la cristalloïde ; d'autres fois elle est plus étendue et isolée de même de toutes parts.

La cataracte capsulaire est rarement exempte de complications. Celles-ci portent plus particulièrement sur l'iris, les chambres antérieure et postérieure et la cornée.

*Iris.* Il présente souvent sa couleur normale : quelquefois il est décoloré ; signe qui prouve qu'il a été frappé d'inflammation. Il est assez souvent porté en arrière et attaché en partie à la capsule.

*Pupille.* Elle est libre dans quelques cas ; plus souvent elle a perdu une partie de ses mouvements, l'inflammation qui a déterminé la formation de la cataracte capsulaire ayant fixé ses bords sur la capsule (synéchie postérieure). Si elle est libre, *l'ombre portée* existe sur la tache lorsque celle-ci est très-étendue.

*Chambre postérieure.* Elle est diminuée ou abolie. La *chambre antérieure* est agrandie s'il existe des adhérences entre l'iris et la capsule ; elle est au contraire diminuée si l'épaisseur des opacités est telle que l'iris présente une convexité en avant.

*Cornée.* Elle est saine dans la plupart des cas ; pourtant, si la cataracte capsulaire est le résultat d'une ulcération perforante de la cornée, celle-ci offre une tache à son entrée.

2° *Caractères physiologiques.* — La vision est abaissée ou détruite, selon que l'opacité est plus ou moins large et qu'elle se rattache à une inflammation éteinte ou existant encore.

*Cataracte capsulaire postérieure.* — Elle est extrêmement rare, et la plupart des observations faites sur le vivant se rapportent à des taches situées dans les couches corticales profondes du cristallin. Lorsque cette affection existe, elle se rattache ordinairement à une inflammation interne de l'œil ; le cristallin ne tarde pas à devenir opaque lui-même, et il n'est plus possible dès lors de reconnaître les taches qui se forment dans la cristalloïde autrement que par l'autopsie. Quelquefois la cataracte capsulaire postérieure se montre sous l'aspect d'une plaque ou d'une végétation conique placée dans le centre même de la membrane. J'ai la conviction d'avoir vu plusieurs fois cette cataracte : les couches corticales profondes du cristallin, dans un ou deux cas,

étaient demeurées très-transparentes. Cette forme de la cataracte capsulaire postérieure est le plus souvent congénitale. Alors, selon M. d'Ammon, la maladie se rapporterait à un arrêt de la circulation dans l'artère centrale de la rétine.

Le feuillet postérieur de la capsule devient plus fréquemment opaque après les blessures de l'œil ou les opérations de cataractes à l'aiguille. Une espèce qu'on a nommée *aride siliqueuse* en est une preuve.

*Variétés de la cataracte capsulaire.* — 1re *variété.* — *Cataracte pyramidale* ou *végétante.* — Cette espèce de cataracte capsulaire siége au centre du feuillet antérieur de la membrane; exceptionnellement, on en rencontrerait des exemples dans le feuillet profond. Je me bornerai à décrire ici la cataracte capsulaire végétante antérieure, l'existence de la postérieure n'étant rien moins que démontrée.

Au centre de la pupille on reconnaît une tache plus ou moins circulaire, saillante, s'avançant quelquefois jusque dans la chambre antérieure par un sommet terminé en pointe. L'ensemble de l'opacité est conique; elle semble formée de couches superposées dont la couleur varie du blanc couleur de craie à une teinte jaunâtre quelquefois assez foncée. La surface de la tache est mamelonnée, remplie d'une multitude de petites aspérités; le reste de la capsule est sain : le cristallin est transparent partout, sauf dans les points où il est en rapport avec la tache capsulaire. Le plus souvent la pupille est libre, très-mobile ; quelquefois elle est adhérente en partie. De même que la capsule, la cornée est tachée à son centre dans une étendue variable, et c'est là ce qui explique la forme singulière du dépôt fibro-albumineux siégeant sur la cristalloïde. La cornée, frappée d'inflammation, s'est ulcérée ; l'humeur aqueuse s'est écoulée au dehors, et les lèvres de l'ulcération se sont trouvées en contact avec la cristalloïde pendant un temps variable. L'ulcération cornéenne, oblitérée par une exsudation récente, s'éloigne peu à peu, quelquefois brusquement, de la capsule sous l'influence de la sécrétion de l'humeur aqueuse. et c'est alors que le dépôt blanchâtre s'allonge sous forme conique jusque dans la chambre antérieure.

On rencontre souvent cette variété de cataracte sur des enfants qui ont été atteints d'ophthalmie purulente. Lorsque la maladie existe dans les deux yeux, ces organes sont atteints d'un balancement latéral (nystagmus).

Le nom de *capsulaire végétante* donné à cette cataracte est mauvais, en ce sens que l'opacité dont nous avons indiqué la cause, loin de s'étendre lorsqu'elle est formée, tend à diminuer

par résorption et par contraction du tissu fibro-albumineux.

2e *variété.* — *Cataracte aride siliqueuse.* — C'est le nom qu'on donne, depuis Schmidt, à l'opacité traumatique des deux feuillets de la capsule lorsque le cristallin s'est résorbé tout à fait ou en très-grande partie. Les feuillets capsulaires sont réunis plus ou moins intimement par leur face interne, et se présentent dans la pupille sous la forme d'une tache mamelonnée, inégale, très-étendue. Souvent le feuillet antérieur présente une déchirure dans un point quelconque de sa surface, et derrière la perte de substance on voit le feuillet profond en contact plus ou moins immédiat avec les bords de la solution de continuité. Dans d'autres cas, il y a au centre ou à la circonférence de la tache une lacune qui permet de reconnaître le fond de l'œil à sa couleur noire normale. Assez souvent la capsule s'est déplacée dans un sens ou dans un autre, et une partie de sa circonférence se voit à travers la pupille : il est facile de reconnaître l'épaisseur de la cataracte qui indique dans tous les cas que le cristallin n'existe plus.

La cataracte aride siliqueuse est souvent une cataracte *secondaire.*

*Étiologie des cataractes capsulaires.* — Les causes de l'opacité de la capsule sont très-nombreuses. Parmi les principales, on a rangé l'inflammation de la capsule, celle de l'iris, de la cornée, et en général la phlogose de toutes les membranes internes. Les piqûres, les coupures, les déchirures à la suite de contusions violentes, produisent cette maladie, etc. Cette origine de la cataracte capsulaire indique au praticien la nécessité de rechercher les complications qui l'accompagnent si fréquemment ; les plus importantes sont l'adhérence entre l'iris et la capsule, les taches de la cornée, l'inflammation chronique des membranes internes, etc.

*Marche des cataractes capsulaires.* — Elle est subordonnée aux causes qui ont produit la maladie. Une blessure de la capsule occasionnera souvent une petite opacité qui n'augmentera pas dans la suite ; tandis que l'inflammation chronique de l'une des membranes internes de l'œil deviendra la cause d'une tache qui s'étendra à tout le feuillet antérieur de la membrane. Dans d'autres cas, si l'inflammation disparaît complétement, l'opacité capsulaire demeurera limitée et n'augmentera plus.

*Caractères différentiels des cataractes lenticulaires et capsulaires complètes.*

| *Cataractes lenticulaires.* | *Cataractes capsulaires.* |
|---|---|
| L'*opacité* marche du centre du cristallin à sa surface ou en sens inverse, sans qu'aucune inflammation ait précédé. | L'*opacité* s'étend à la surface externe de l'appareil cristallinien ; elle a toujours été précédée d'une inflammation. |
| La tache est grise, verte, noire, blanche, ambrée ; souvent elle présente des stries qui convergent toutes vers le milieu de la lentille ; sa surface est parfaitement lisse, même lorsque les stries sont nombreuses. Dans la cataracte liquide, les stries sont transversales quand on laisse l'œil en repos. | La tache est toujours d'un blanc mat couleur de craie ; on y voit des aspérités qui font saillie à la surface de la membrane ; elle est formée de plaques réunies sans ordre et rugueuses. — On n'y voit pas de stries régulières. |
| La cataracte lenticulaire envahit peu à peu tout le cristallin. | La capsulaire demeure stationnaire, bornée, à moins que l'inflammation ne persiste. |
| Volume très-grand ou très-petit ; iris mobile ou immobile sans adhérences, saillant quelquefois en avant, ou agité exceptionnellement d'oscillations. (Catar. liquide.) | Volume petit, forme aplatie ; iris rarement mobile, souvent adhérent et tiré en arrière. Jamais d'oscillations. |
| Ombre portée large ou nulle. | Ombre portée nulle s'il y a des adhérences. |
| Vision abolie complètement ou s'améliorant à un jour modéré. Sensation du jour quelquefois obtuse, le plus souvent exquise. | Idem. Vision nulle. — Sensation de la lumière parfaite. |

C. *Cataractes capsulo-lenticulaires.* — Ces cataractes se distinguent des autres par la réunion des caractères de la cataracte lenticulaire et de la capsulaire que nous avons décrites ; c'est donc par l'observation de la forme et de l'aspect de ces opacités qu'on parvient à les distinguer aisément. Les cataractes *capsulo-lenticulaires* sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire que l'opacité est limitée quelquefois à une petite tache sur la capsule et sur le cristallin, tandis que, dans d'autres cas, l'opacité capsulaire et la lenticulaire sont très-étendues. Dans tel cas, le cristallin sera complétement opaque, et la cristalloïde n'offrira qu'une tache couleur de craie très-petite ; dans tel autre cas, la séreuse sera opaque dans presque toute sa surface antérieure, et c'est à peine si à travers quelques lacunes on pourra distinguer l'état de la lentille.

Dans cette cataracte *capsulo-lenticulaire*, l'opacité présente deux plans. L'antérieur offre tous les caractères de la cataracte capsulaire que nous avons décrite ; nous n'y reviendrons pas. Le postérieur ou profond mérite quelque attention : lorsque la tache de la capsule est petite, celle de la lentille ne s'étend ordinairement qu'à peu de profondeur et demeure limitée ; on en trouve

un exemple dans la variété de cataracte que nous avons décrite plus haut sous le nom de *capsulaire végétante ou pyramidale.* Il peut arriver cependant, et longtemps après que la tache capsulaire s'est formée, que la lentille perde peu à peu sa transparence, et sans qu'il y ait un rapport direct entre la maladie de la capsule et celle du cristallin : il est facile alors d'étudier les progrès de la cataracte lenticulaire à travers les parties saines de la capsule. Si au contraire la cataracte capsulaire est très-large, il n'y a point à douter que la lentille ne participe plus ou moins à l'inflammation et qu'elle ne soit opaque au moins dans toute l'étendue de ses couches antérieures en rapport avec la cristalloïde : on en a souvent la preuve lorsqu'on voit une petite partie du plan profond à travers une lacune transparente de la capsule.

Les auteurs admettent un grand nombre de variétés de cataractes *capsulo-lenticulaires.* En première ligne nous voyons cette variété que nous avons déjà décrite, la *capsulaire végétante*, et dans laquelle le malade est myope ou aveugle ; l'*aride siliqueuse*, dans laquelle il n'y a que des débris du cristallin renfermés entre les deux feuillets devenus opaques de la capsule et rapprochés l'un de l'autre ; la *capsulo-lenticulaire liquide*, dans laquelle un petit noyau du cristallin nage dans l'espace intra-capsulaire et communique des mouvements de fluctuation à la capsule qui est épaisse et opaque, etc., etc.

2e *classe. — Cataractes fausses.* — Il y a quatre espèces de fausses cataractes : la fibrineuse, la purulente, la sanguine et la pigmenteuse. Nous conserverons cette division admise par M. Mackenzie. La dernière espèce, la cataracte pigmenteuse, mérite, selon nous, toute l'attention du praticien.

1° *Cataracte fibrineuse.* — C'est une variété de cataracte capsulaire dans laquelle une exsudation abondante, sécrétée à la fois par l'iris enflammé et la capsule, s'est déposée sur cette membrane dans le champ de la pupille et fait une saillie plus ou moins considérable dans la chambre antérieure. La lentille participe elle-même le plus souvent à l'inflammation et devient opaque en totalité ou en partie. Quelquefois une portion de la pupille est libre, le plus souvent elle est adhérente. Si la fausse membrane, très-épaisse, ne recouvre qu'une partie du champ pupillaire et repose sur le bord de l'iris sans intéresser complétement la cristalloïde, la vision peut être conservée dans des limites assez étendues. La tache est blanche, marquée le plus souvent de quelques petits points jaunâtres qui forment à la surface des aspérités ; quelquefois cette lymphe plastique prend des formes particulières : si elle ressemble à une bandelette étroite placée derrière la pupille

et adhérente à la face postérieure de l'iris, cet arrangement particulier constitue la *cataracte barrée*, nom qu'on a donné aussi à une forme de la cataracte molle. Au contraire, lorsque la pupille présente une opacité blanchâtre peu épaisse, en forme de réseau, la cataracte prend le nom de *fibrineuse réticulée*. Enfin, lorsque la pupille est bouchée et complétement obstruée par un épais coagulum de lymphe, c'est la *cataracte fibrineuse en caillot*.

Ces diverses cataractes se distinguent de la cataracte capsulaire proprement dite en ce que l'opacité est plus particulièrement formée par un dépôt abondant de lymphe plastique à la surface de la cristalloïde, après une violente inflammation de l'iris.

2° *Cataracte purulente.* — Elle ressemble beaucoup à la *cataracte fibrineuse en caillot*. Une collection de pus s'est organisée dans la pupille ; on voit dans cette ouverture, complétement immobile et adhérente, une tache épaisse, jaunâtre dans toute son étendue, inégale et rugueuse. L'iris est décoloré et présente encore quelquefois des traces d'inflammation chronique. Il n'est pas rare qu'en même temps on trouve dans la chambre antérieure un hypopyon organisé et recouvert de fausses membranes épaisses. La vue est complétement abolie : on ne peut guère espérer de la rétablir que par une opération de pupille artificielle ; encore ne devra-t-on fonder que peu d'espoir sur cette ressource, la face postérieure de l'iris étant doublée de fausses membranes qui s'étendent au loin dans la cavité oculaire.

3° *Cataracte sanguine.* — Elle se développe à la suite de plaies de l'œil ou d'hémorrhagie spontanée intra-oculaire (apoplexie). La chambre antérieure, quelquefois la pupille seulement, est remplie d'une tache brun-noirâtre tout à fait noir, dans laquelle on remarque çà et là des taches blanchâtres. La pupille est ordinairement adhérente et la vision détruite. Le pronostic est moins grave que pour la variété précédente.

4° *Cataracte pigmenteuse ou uvéenne.* — Cette cataracte est formée par du pigmentum uvéen déposé à la surface de la capsule antérieure à la suite d'une inflammation de l'iris. La cristalloïde est noire dans une étendue variable et adhérente ordinairement à la marge pupillaire. On peut confondre cette maladie avec l'amaurose et la cataracte noire. J'ai établi les signes différentiels de ces maladies dans un travail sur la cataracte pigmenteuse inséré dans le *journal de Chirurgie de M. Malgaigne*.

*Complications de la cataracte.* — La cataracte est très-souvent exempte de complications générales ou locales ; cependant le chirurgien doit porter toute son attention sur ce point. Il recher-

chera, avant toute opération, si l'organe est dans des conditions telles qu'on puisse en espérer un résultat heureux, et il étudiera toutes les conditions morbides directes ou indirectes qui pourraient la faire échouer, ou même qui devraient la contre-indiquer absolument. Je ne ferai que signaler les principales de ces complications.

*Complications locales.* Les taches de la cornée, surtout lorsqu'elles sont placées vers le centre et qu'elles sont épaisses, gêneront la vision après l'opération de la cataracte, et pourront même s'opposer, dans quelques cas, à une manœuvre régulière. Il est tel cas de taches cornéennes dans lesquelles la pupille artificielle devient nécessaire lorsque le cristallin opaque a été éloigné. La vascularisation de la cornée, son inflammation même légère, certains changements dans sa forme, comme le staphylôme commençant, l'hydrophthalmie, des ulcérations chroniques, devront éloigner l'époque de l'opération. Il en sera de même des granulations épaisses placées sur les conjonctives, des conjonctivites chroniques, de l'entropion ou de l'ectropion même léger, et des affections du sac lacrymal. On recherchera avec soin, surtout s'il s'agit d'une opération par extraction, si un ou plusieurs cils tendent à se dévier. Les ulcérations des bords palpébraux, les croûtes qui s'y forment comme dans la blépharite ciliaire, sont dans le même cas.

Les *exsudations plastiques* sur l'iris, si elles sont nombreuses, devront être considérées comme une complication grave, une inflammation suraiguë accompagnant presque toujours une opération faite dans de telles circonstances. Il est bien important dans ces cas de rechercher s'il y a encore quelque trace d'inflammation des membranes internes. Les fausses membranes sont le plus souvent assez épaisses pour être immédiatement reconnues ; quelquefois cependant une simple adhérence filiforme entre le corps ou la marge de l'iris et la capsule peut occasionner un embarras sérieux au chirurgien, s'il opère par extraction.

L'*amaurose commençante* ou *complète* est une complication aussi fréquente que sérieuse. Lorsque la paralysie de la rétine débute, il est difficile de la reconnaître, quelques-uns de ses symptômes se confondant avec ceux de la cataracte. Mais lorsqu'elle est complète, l'abolition de la vue est telle que le malade n'a aucune conscience de la lumière et qu'il a l'aspect particulier qui distingue l'amaurotique. On n'oubliera pas toutefois que les cataractes molles très-volumineuses simulent quelquefois l'amaurose d'une manière telle que des chirurgiens exercés peuvent s'y tromper. La pupille est largement ouverte, immobile; l'iris est poussé

en avant : il n'y a aucune perception lumineuse; mais le commémoratif viendra toujours éclairer le praticien.

Le *glaucôme* est une complication aussi grave que l'amaurose, et qui doit éloigner toute idée d'opération. Comment reconnaître que cette affection, dont le principal caractère siége au fond de l'œil, existe lorsque la cataracte est complétement développée? Rien n'est cependant plus facile, si l'on se rappelle les symptômes de la choroïdite. Des varicosités nombreuses sillonnent la sclérotique et la conjonctive. La sclérotique présente souvent des plaques bleuâtres ardoisées ou même des staphylômes; l'iris est largement retiré vers ses attaches ciliaires; la pupille est inégale, anguleuse, immobile, extrêmement large; l'iris est décoloré, des taches plombées ou vineuses couvrent sa surface. Le plus souvent des douleurs accompagnent cette affection, ou au moins l'ont précédée. Elles ont presque toujours un caractère d'intermittence très-marqué. Le glaucôme a précédé souvent de beaucoup l'apparition de la cataracte : c'est là une circonstance utile à noter pour le diagnostic.

Le *ramollissement de l'humeur vitrée* est une complication sérieuse, moins grave cependant que les deux précédentes. Le globe est assez souvent plus dur qu'à l'état normal; l'iris présente des oscillations remarquables. L'extraction est absolument contre-indiquée; l'abaissement seul peut être essayé. Presque toujours, tôt ou tard, après cette opération, le cristallin passe dans la chambre antérieure. Ordinairement le globe est plus mou que d'habitude, comme il arrive au commencement de l'atrophie.

*Complications générales.* Le nombre en est infini : les principales sont les rhumatismes, la goutte, la syphilis, les scrofules, la grossesse, etc. On a noté aussi comme une complication sérieuse les anciens ulcères des membres inférieurs, surtout lorsqu'on les a fermés peu de temps avant l'opération. Weller, entre autres, pense que leur suppression peut produire des accidents sérieux. C'est une observation que j'ai faite moi-même dans ma pratique particulière. Un homme robuste, M. F..., ancien banquier à Péronne, âgé de 68 ans, vint me trouver en 1843. Son œil droit était complétement cataracté; le gauche présentait des opacités déjà assez marquées. L'examen du malade me fit reconnaître qu'il avait aux jambes d'anciens ulcères très-étendus et donnant une suppuration très-abondante. Je proposai l'opération de l'œil droit à la condition expresse que le malade conserverait ses ulcères ouverts. Il n'y consentit pas, et de mon côté je persistai dans ma résolution. M. F... entra alors à la maison royale de

santé de la rue Saint-Denis, y fit cicatriser ses ulcères et immédiatement après opérer son œil droit, qui se fondit. Quelques mois après, il revint me voir, aveugle de l'autre œil, et me promettant de se soumettre cette fois à mes conseils. Je lui prescrivis un régime très-sévère, des purgations répétées, et six mois après je l'opérai par abaissement. Aujourd'hui M. F.... a repris ses habitudes et ses occupations ; sa vue est parfaite.

*Traitement de la cataracte.* — Les divisions que nous avons établies pour distinguer entre elles les diverses espèces de cataractes disent assez que leur nature est différente et que le même traitement ne peut leur être appliqué. Dans quelques cas, les moyens médicaux suffiront à eux seuls pour éloigner les causes de l'opacité, pour l'enrayer dans sa marche toujours croissante, ou même pour la faire disparaître entièrement, tandis que dans le plus grand nombre on devra recourir immédiatement à des opérations chirurgicales. De là deux routes différentes à suivre : l'une, le traitement médical, qui trouvera de rares applications ; l'autre, au contraire, le traitement chirurgical, qui en aura de très-fréquentes.

Section I. — *Traitement médical.* — Tous les hommes de bonne foi se sont élevés avec raison contre la prétendue possibilité de guérir la cataracte lenticulaire complète ou avancée par des moyens purement médicaux, et ils ont laissé à un effronté et cupide charlatanisme le soin de propager cette idée erronée dans toutes les classes de la société. Ce n'est donc pas de la cataracte lenticulaire proprement dite, de celle qui survient à la suite des progrès de l'âge ou de toute autre cause inconnue, qu'il s'agit ici, mais bien de certaines variétés de la cataracte capsulaire, dont les causes n'ont point encore pu être éloignées, et, dans quelques cas exceptionnels, de la cataracte lenticulaire traumatique. Examinons le traitement qu'on a proposé pour la guérison de la cataracte lenticulaire proprement dite. Dans les temps les plus reculés, on a essayé les remèdes les plus insignifiants ; et, à une époque peu éloignée de nous, on retrouve encore la même crédulité. Nous nous garderons bien de rapporter ici toutes les hypothèses, toutes les billevesées auxquelles a donné naissance le désir de guérir la cataracte sans opération. On a cherché récemment, par des moyens plus ou moins directs, à rendre au cristallin sa transparence ; l'électricité est du nombre des agents auxquels on a eu recours avec un prétendu succès. Ceux qui considèrent la cataracte comme le produit d'une inflammation ont eu recours dès son début aux antiphlogistiques : quelques résultats heureux ont été signalés ; mais le diagnostic avait-il été

bien fait? L'opacité n'était-elle point produite par une sub-inflammation des membranes internes? Telles sont les questions qu'on peut opposer à de semblables succès. Il est des cas de cataracte lenticulaire dans lesquels le malade a recouvré la vue, l'opacité ayant disparu spontanément. Ces faits mal interprétés sont venus donner naissance à la plupart des médications tour à tour essayées. Si la cataracte disparaît seule quelquefois, ne peut-on point, par un traitement convenable, espérer de l'éloigner? disent les guérisseurs. Mais, outre que ces faits sont rares, ils trouvent une facile explication, comme nous le verrons plus loin, dans la rupture de la capsule à la suite d'une chute ou d'un effort violent. Ne peut-on pas admettre aussi que la cristalloïde se déchire par les seuls effets du ramollissement de la lentille? Telle est au moins la seule explication raisonnable que j'aie pu donner de la disparition soudaine de la cataracte chez un homme que j'ai eu l'occasion d'examiner. Ici, comme dans tous les cas de déchirure de la capsule, le cristallin soumis à l'action de l'humeur aqueuse s'est résorbé.

Les *révulsifs* ont été l'objet d'essais répétés : on les a appliqués sur le front, les tempes et sur toute la surface du crâne, et l'on a cru reconnaître que leur usage a quelquefois été heureux. Il est évident qu'on a enregistré sous le nom de lenticulaires des taches du système cristallinien qui n'étaient en réalité que des exsudations encore récentes à la surface de la pupille.

M. Velpeau a voulu essayer cette médication, dans un cas seulement, et au bout d'une année entière il a amélioré la vision, et le cristallin est devenu un peu moins opaque. Ce fait ne s'est point renouvelé depuis, et il est bien permis de se demander si les révulsifs n'ont point éloigné une ancienne congestion de l'œil, et si, d'une autre part, le cristallin avait effectivement perdu de son opacité.

La *médecine homœopathique*, on le pense bien, a dû s'occuper activement de la guérison médicale de la cataracte. On en trouve cinq observations dans la clinique homœopathique du docteur Beauvais (1). Dans l'une d'elles, rapportée par le docteur Caspari, une femme de trente-six ans était atteinte de cataracte depuis 6 mois; elle portait en même temps un trichiasis; des vaisseaux variqueux sillonnaient la cornée. En sept jours elle fut guérie de tout cela, sauf qu'elle voyait comme à travers un brouillard peu épais. L'auteur lui fit prendre une *goutte cannabis* qui éclaircit le brouillard, et une goutte opium 6 qui rendit le cristallin tout à

(1) Voyez *Ann. d'Oculist.*, t. II, p. 218.

fait transparent. J'oubliais de dire que le médecin homœopathe avait *chirurgicalement* enlevé les cils renversés, et qu'il ne me semble pas très-bien prouvé que la cataracte ne consistait point tout entière dans quelques opacités superficielles de la cornée.

Les *lunettes* comptent aussi leurs succès; elles s'adressent, de même que les *révulsifs*, non-seulement à la cataracte qu'elles guérissent *toujours*, mais encore aux taches de la cornée, aux pannus, à l'amaurose, etc., etc. Hâtons-nous de dire que ceux qui préconisent les lunettes en vendent le plus qu'ils peuvent (1), et qu'on peut sous ce rapport les assimiler aux marchands de pommades révulsives.

Ces moyens, on le comprend sans peine, ne peuvent guérir une opacité de la lentille. La cataracte lenticulaire ne disparaîtra sans opération que dans quelques cas particuliers, comme après les déchirures traumatiques ou spontanées de la capsule, lésions qui exposent la lentille à l'action de l'humeur aqueuse à la suite de laquelle le cristallin peut être déplacé en masse.

La *cataracte lenticulaire* peut disparaître du champ de la vision dans les cas de ramollissement extrême du corps vitré et lorsque la capsule a perdu ses rapports normaux. Le cristallin renfermé dans la cristalloïde s'abaisse au-dessous de la marge inférieure de la pupille, et le malade se trouve, sous le rapport de la vision, dans les mêmes conditions qu'un opéré de cataracte.

La *cataracte lenticulaire traumatique incomplète* sera guérie quelquefois par un traitement antiphlogistique. J'ai vu plusieurs cas de piqûre de la capsule après lesquels une opacité très-large d'un blanc-bleuâtre s'était formée dans le cristallin, et que j'ai éloignée rapidement par des saignées générales et locales. La vision s'est rétablie complétement, et son foyer n'a point été changé, circonstance qui prouve que la plaie de la capsule s'était refermée et que les produits de l'inflammation traumatique avaient disparu par voie de résorption. Si la cataracte est accompagnée d'une large déchirure de la capsule, les antiphlogistiques peuvent arrêter la phlogose dans les autres membranes oculaires; mais le cristallin devenu opaque se résorbera complétement ou incomplétement, selon que des produits plastiques viendront ou non tôt ou tard réunir les bords de la solution de continuité. La déchirure de la capsule est directe ou indirecte. Une violente secousse, une chute sur la tête ou sur les pieds peuvent la produire. Si le cristallin est sain au moment de l'accident, il ne tarde pas à devenir opaque; quelquefois il est déchatonné ou luxé.

(1) Schlesinger. *Guérison radicale, par le seul moyen des verres de lunettes, de la plupart des altérations de la vue*, p. 46. Germer-Baillière, Paris.

On conçoit que, dans le dernier cas, s'il y a préalablement une cataracte, on conçoit, dis-je, que la vision se rétablira à l'instant. C'est ainsi que le prêtre cataracté dont parle Janin recouvra tout à coup la vue à la suite d'une chute, et qu'un jeune homme de quatorze ans, cataracté de naissance, dut sa guérison à la même cause. « Ce jeune homme, dit Janin (1), accompagné de quelques enfants de son âge, alla se promener à une campagne peu éloignée de sa demeure. L'un d'eux, ayant aperçu un nid d'oiseau sur un arbre très-élevé, témoigna à ses camarades la joie qu'il avait de cette découverte. Dans le moment, il fut mis en délibération lequel d'entre eux grimperait sur l'arbre pour aller s'emparer du nid. Notre aveugle, comme le plus âgé, voulut en avoir la gloire : on le laissa faire. Il était presque parvenu à la branche ou était le nid, quand, pour l'atteindre, il s'élança trop haut, manqua son coup, perdit l'équilibre et tomba de branche en branche jusqu'à terre où il se trouva d'abord sur ses pieds ; mais, bientôt après, étourdi de cette chute, il en fit une seconde de sa hauteur. Lorsqu'il fut revenu de son étourdissement, il aperçut pour la première fois des corps en mouvement ; c'étaient ses camarades, effrayés de sa chute, qui ne furent pas moins surpris que lui quand il les assura qu'il voyait des objets qu'il ne connaissait pas. Leur retour fut plus joyeux qu'ils ne l'avaient attendu : ils avaient une nouvelle bien agréable à donner aux parents du jeune homme, qui examinèrent ses yeux et reconnurent que véritablement les cataractes avaient disparu. Dès lors il fut en état d'étudier : il se destina au sacerdoce et y parvint dans la suite. J'ai vu ce prêtre chez feu Mgr l'évêque de Cahors, et c'est de lui que je tiens ce récit. Il est obligé, pour lire, de faire usage de lunettes à cataractes. »

La *cataracte capsulaire* disparaît, de même que quelques lenticulaires traumatiques incomplètes, par l'influence du traitement, à la condition toutefois qu'il ne sera point trop tardif. Après l'inflammation de l'iris, des exsudations se déposent sur la surface de la capsule, deviennent ainsi la cause d'adhérences (synéchies postérieures) plus ou moins nombreuses et larges. La capsule elle-même participe à l'inflammation, et de ce côté encore les sécrétions plastiques trouvent une source active. Que les choses soient abandonnées à elles-mêmes, et l'on verra dans un temps donné la pupille se déformer davantage, devenir de plus en plus adhérente à la cristalloïde, et s'oblitérer en totalité ou en partie. C'est alors qu'on pourra reconnaître la cataracte capsulaire pro-

(1) Janin, *loco citato*, page 154.

prement dite définitivement organisée. Mais si un traitement convenable est dirigé contre l'inflammation qui prend si souvent une forme d'une lenteur désespérante, et si en même temps on dilate la pupille avec persévérance et au moyen d'instillations de belladone, on ne tardera pas à voir diminuer peu à peu les produits nouveaux déposés dans le champ de la vision, et celle-ci augmenter souvent d'une manière notable. Ce sont des cas de cette espèce, et il n'y a point lieu d'en douter, qui ont accrédité la possibilité de la guérison de la cataracte sans opération.

D'après ce qui précède, il est facile de voir que nous ne sommes pas plus avancés qu'au temps ou Maître-Jan (1) s'exprimait ainsi au sujet de la guérison de la cataracte sans opération : « Il y en a aussi d'autres qui se sont vantés un peu trop hardiment d'en avoir guéri ou prévenu quelques-unes. Il y avait chez ceux-là plus de vanité que de bonne foi, et le seul récit vague, indéterminé et mal circonstancié qu'ils font de leurs cures, est plus que suffisant pour les confondre de mensonge ou tout au moins d'erreur, aussi bien que quelques charlatans modernes qui n'ont aucune teinture de médecine ni de chirurgie, ou, s'ils en ont quelqu'une, elle est si médiocre qu'ils ne méritent pas de porter le titre dont ils s'honorent, et qui cependant exagèrent impunément les vertus de leurs prétendus secrets pour guérir les cataractes, et trompent ainsi le public.

« De tout ce que dessus je conclus qu'on ne peut guérir par les remèdes les cataractes, quand même elles ne seraient encore que naissantes ou non confirmées, et qu'il est très-difficile de les prévenir. » (*La suite à un prochain numéro.*)

---

22. *Hydrophthalmie. Extirpation du globe de l'œil par le procédé de M. Bonnet (de Lyon). Guérison*; par M. L. Lunier, interne des hôpitaux. — Hôpital Necker. — M. Lenoir.

(Gazette des Hôpitaux, N° 39; 1846.)

Rosalie B..., fleuriste, âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, est entrée à l'hôpital le 10 janvier 1846.

Cette jeune fille a toujours été parfaitement réglée, et jouit habituellement d'une bonne santé.

En 1830, elle fit une chute sur la tête, à la suite de laquelle il serait, à son dire, survenu une inflammation des deux yeux, qui laissa sur les cornées des taies encore faciles à constater aujourd'hui.

En 1837, Rosalie B... alla à la consultation du professeur

(1) Maître-Jan, p. 157.

Sanson, à la Pitié. La nature de sa maladie est ainsi énoncée sur une ordonnance qu'elle a conservée : Blépharo-conjonctivite des deux yeux, avec albugo et fausse cataracte de l'œil droit. Pendant plus de six mois, et tous les deux ou trois jours, on lui fit, à cette époque, la cautérisation des deux yeux, et surtout de l'œil droit, qui était le plus gravement affecté. C'est à la suite d'une de ces cautérisations, pour laquelle on avait maintenu les paupières fortement écartées avec l'ophthalmostat, que l'œil, au dire de la malade, aurait été comme chassé de l'orbite, et serait venu faire saillie au dehors. Elle nous assure même qu'il n'a point augmenté de volume depuis cette époque, et qu'il était alors tel que nous l'observons aujourd'hui.

Voici ce que nous pûmes constater le lendemain du jour de son entrée à l'hôpital :

Du côté droit, il existe une blépharite ciliaire chronique datant de deux mois environ. Elle est caractérisée par des pustules et des ulcérations nombreuses qui bordent la paupière, et par la chute presque complète des cils. Le globe de l'œil est manifestement plus volumineux que celui du côté opposé, et cette augmentation de volume porte surtout sur son segment antérieur. L'exorbitisme n'est point cependant tellement considérable, que les paupières, sous l'influence de la volonté, et même par le simple clignement, ne puissent recouvrir encore presque complétement le globe de l'œil.

Il y a sur la cornée deux bosselures, dont une correspond à une taie de quelques millimètres de diamètre, qui est située à la partie interne et inférieure de cette membrane. On distingue en bas quelques autres taies plus petites. Injection des vaisseaux de la conjonctive oculaire, dont quelques-uns, surtout en bas et en dedans, s'étendent jusqu'au centre même de la cornée. Il existe autour de cette membrane une zône bleuâtre développée surtout en haut et en dedans, où elle peut avoir de quatre à cinq millimètres de largeur. Cette zône est d'un bleu assez foncé, mais pas assez cependant pour qu'on ne distingue nettement encore les limites de la cornée en haut et en dedans. Elle présente à sa grande circonférence, et surtout à sa partie supérieure, cette saillie bosselée, cet aspect variqueux qu'on observe dans le staphylôme du cercle ciliaire.

En dehors, la couleur de l'iris se confond insensiblement avec celle de la zône bleuâtre qui l'entoure, et qui, à ce niveau, est plus irrégulière et plus foncée.

L'iris, sous l'influence de la lumière du jour, présente une dilatation double de celle de l'autre côté; elle paraît complète-

ment immobile, et cependant, de temps en temps, elle est agitée d'une espèce de tremblement (*tremulus iridis*). En examinant le fond de l'œil, on aperçoit en bas une matière blanchâtre, tremblotante, qui pourrait bien être le cristallin déplacé et morcelé, mais qui offre l'aspect d'un cancer commençant de la rétine.

Du reste, la vue est complétement abolie du côté droit depuis le commencement de la maladie. Rosalie B. assure n'avoir jamais ressenti aucune douleur dans le globe de l'œil.

L'œil gauche présente quelques petites taies sur la cornée; mais elles sont en dehors du champ de la pupille, et la vision est parfaite de ce côté.

Il est évident qu'on a affaire ici à une hydrophthalmie avec exorbitisme. L'existence du corps blanchâtre que nous avons signalé dans le fond de l'œil peut faire craindre une dégénérescence cancéreuse de la rétine, quoiqu'il y ait absence complète des douleurs lancinantes propres à cette affection.

Quelle était la conduite à tenir dans un cas de cette nature? Fallait-il attendre ou opérer immédiatement? Attendre, c'était s'exposer à voir survenir une dégénérescence qu'eût peut-être provoquée l'inflammation chronique de la conjonctive et de la cornée, entretenue par le frottement continuel et exagéré des paupières; et même, au bout d'un certain temps, par l'exposition à l'air d'une partie du globe de l'œil. L'opération était donc préférable; et d'ailleurs, ne fût-elle qu'une opération de luxe, elle était sollicitée à ce titre par la jeune malade. M. Lenoir n'hésita donc point à la pratiquer; et comme il conservait des doutes sur l'existence d'une dégénérescence de la rétine, il préféra l'extirpation du globe oculaire à la ponction et à l'évacuation des humeurs de l'œil.

Rejetant les procédés anciens généralement employés, non point comme absolument défectueux, mais comme moins bons dans ce cas que celui qu'il a mis en usage, M. Lenoir fit cette extirpation d'après le procédé indiqué par M. Bonnet (de Lyon).

Dans son *Traité des Sections tendineuses et musculaires*, ce chirurgien a décrit avec soin une capsule fibreuse dans laquelle l'œil est reçu comme le gland du chêne dans sa cupule. Cette capsule signalée pour la première fois par Tenon en 1806, décrite depuis par M. Cruveilhier sous le nom d'aponévrose orbito-oculaire, est concave en avant, s'insère autour de l'extrémité antérieure du nerf optique, avec le névrilème duquel elle semble se continuer, et entoure les deux tiers postérieurs du globe oculaire sans lui adhérer intimement. En avant, elle se dédouble en deux feuillets dont l'un, antérieur, plus fort, se place dans l'épaisseur

même de la paupière, et paraît venir s'insérer aux cartilages tarses, et dont l'autre, au contraire, situé au-dessous de la conjonctive oculaire (fascia sous-conjonctival), forme avec le premier feuillet un angle à sinus antérieur et vient se terminer autour de la cornée.

Tous les muscles de l'œil traversent cette capsule pour arriver à la sclérotique, et à ce niveau adhèrent intimement à cette aponévrose et aux gaînes qu'elle leur fournit par ses deux faces.

Cette disposition de la capsule fibreuse de l'œil, qui isole ainsi cet organe des parties graisseuses du fond de l'orbite, aussi bien que des nerfs, des artères et des veines, a fait imaginer à M. Bonnet le procédé d'extirpation que nous allons décrire. Ce procédé a déjà été employé à Lyon par M. Gensoul, sous les yeux de M. Bonnet lui-même, et à Paris par M. A. Bérard.

M. Lenoir, à l'aide de deux pinces à dents de souris, dont l'une fut confiée à un aide, souleva d'abord la conjonctive oculaire en dedans à quelques millimètres de la cornée, et détermina ainsi un pli horizontal qu'il incisa avec des ciseaux mousses et courbes sur le plat ; il put alors introduire une des lames de l'instrument sous la conjonctive et inciser cette membrane dans tout son pourtour à quelques millimètres de la cornée, en même temps qu'il détacha les six muscles de l'œil à leur insertion antérieure, au fur et à mesure qu'ils se présentaient à l'action de l'instrument. Pendant ce premier temps de l'opération, les paupières supérieure et inférieure furent successivement relevées ou abaissées, suivant le besoin, par un aide qui tenait un élévateur de chaque main.

Dans un second temps, M. Lenoir, glissant les ciseaux le long de la paroi externe de l'orbite jusqu'à la partie postérieure du globe oculaire, pratiqua la section du nerf optique aussi près que possible de la sclérotique, en avant de l'insertion postérieure de la capsule fibreuse. Ce dernier temps de l'opération, quoique plus difficile et plus long à cause du volume plus considérable du globe oculaire, fut cependant à peine douloureux, et ne détermina point cette sensation lumineuse particulière que l'on a signalée.

Quand l'opération fut terminée, on put apercevoir, en écartant les paupières, la face interne de la coque fibreuse que nous avons décrite plus haut, et sur laquelle se voyaient encore les loges des six muscles de l'œil légèrement rétractés après leur section.

On comprend facilement, d'ailleurs, que cette opération ne

doit généralement pas être suivie d'hémorrhagie comme dans le procédé ordinaire, puisque l'on ne coupe que des artérioles extrêmement fines et presque capillaires. En effet, notre malade n'a pas perdu une cuillerée de sang pendant et après l'opération.

L'œil, examiné après l'opération, nous offrit les altérations suivantes :

La sclérotique présentait son épaisseur normale, excepté au voisinage de la cornée, dans l'étendue d'une zône de 4 à 5 millimètres de largeur, où il y avait un amincissement très-notable qui explique très-bien la présence de la zône bleuâtre qu'on apercevait avant l'opération. Le cristallin était d'un blanc opaque, détaché de sa capsule, morcelé et en partie résorbé ; il adhérait faiblement à la rétine : c'était bien lui qui formait le corps blanc qui avait fait soupçonner l'existence d'un cancer de cette membrane.

Le pansement consista simplement dans l'application sur les paupières d'une compresse trempée dans l'eau froide, que la malade dut renouveler plusieurs fois dans la journée. — Limonade ; bouillons.

Le soir du jour de l'opération (20 janvier), la malade va bien. Elle accuse seulement une douleur assez vive autour de l'oreille droite. Elle ne ressent que de faibles douleurs dans la cavité orbitaire. Pas de fièvre.

Le 21, Rosalie B... se plaint toujours de douleurs assez fortes dans la région temporale et dans l'oreille droite; ces douleurs augmentent un peu quand on fait du bruit autour d'elle. Les deux paupières sont affaissées et rapprochées l'une de l'autre. En les écartant, on aperçoit la moitié supérieure de la capsule parfaitement nette ; en bas, elle est plus difficile à distinguer. Pour obtenir une cicatrisation favorable et empêcher les paupières de se renverser en dedans, M. Lenoir introduit au-dessous d'elles un petit linge cératé, qu'il remplace, les jours suivants, par un bourdonnet de charpie. On continue, du reste, les compresses d'eau froide. — Limonade ; bouillons.

Le 22, ecchymose légère de la paupière inférieure.—2 potages.

Le 24, les douleurs ont complétement cessé. L'ecchymose de la paupière inférieure se prononce davantage ; la supérieure est également gonflée et ecchymosée. Cet état des paupières est dû évidemment à la pression déterminée pendant l'opération par les élévateurs.

Le 25, le travail à l'aiguille, un peu prolongé, fatigue encore la malade et détermine quelques douleurs dans l'orbite.

Le 26, on aperçoit déjà au fond de la cavité de très-beaux

bourgeons charnus recouverts par un peu de muco-pus ; on voit aussi un petit point noirâtre dû probablement à un petit caillot sanguin, et qui, les jours suivants, est entraîné par la suppuration.

Le 27, la malade va bien, mais dort peu. — Julep avec 30 grammes de sirop diacode.

Le 28, l'ecchymose des paupières a presque complétement disparu. — Même pansement; 2 portions.

Du 29 au 31 : le bourdonnet de charpie est tombé plusieurs fois dans la journée, quand la malade renouvelait les compresses d'eau froide. Elle a ressenti alors dans l'orbite quelques douleurs, qui n'ont cessé qu'après qu'elle l'eut replacé elle-même. La suppuration est remplacée par une sécrétion de mucus dont la quantité diminue de jour en jour.

Dans les premiers jours du mois de février, la malade va toujours très-bien. Le fond de la cavité, irrégulièrement bosselé, suit imparfaitement les mouvements de l'œil sain.

Le 14 février, blépharite ciliaire du côté gauche, qui disparaît au bout de quelques jours de frictions avec une pommade au précipité rouge et au sulfate de zinc (de chaque 0,05 pour 8 grammes d'axonge).

Peu de temps après, en introduisant un œil artificiel, nous pûmes constater, quoiqu'il fût trop petit et mal fait, qu'il suivait assez bien les mouvements de l'œil gauche. La malade a dû le faire remplacer. Nous ne l'avons point revue depuis sa sortie.

## VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 23. *De l'emploi de la coloquinte dans le traitement de l'aliénation mentale.*

(Journal de Médecine de Lyon, mars 1846.)

1° Ayant prescrit à une dame qui, depuis plusieurs jours, était dans un état de manie bien caractérisée, des frictions sur le bas-ventre, avec soixante gouttes de teinture de coloquinte, pour combattre la constipation qu'elle éprouvait, et sous la dépendance de laquelle pouvait se trouver la maladie mentale; ayant même été obligé de réitérer la prescription, parce que la première n'avait pas déterminé la purgation, le docteur J. A. Chrestien crut reconnaître un léger amendement, et il insista sur son usage. Il adopta même le mode d'après lequel Alibert disait avoir vu la coloquinte produire des effets purgatifs : il incorpora un gramme de cette substance en poudre dans huit

grammes d'axonge, et il fit, le soir, frictionner l'abdomen de sa malade avec cette pommade. Bien que l'effet immédiat de la coloquinte en frictions ainsi pendant huit jours ne fût que d'augmenter la sécrétion des urines, qui étaient d'ailleurs très-bourbeuses, la manie céda. On ne remarquait déjà plus au bout de ces huit jours, dans les idées de la malade, qu'un peu de trouble et de confusion : elle prenait sans répugnance tout ce qu'on lui donnait, tandis qu'auparavant elle refusait parfois toute nourriture ; elle goûtait les douceurs du sommeil, dont elle avait été privée depuis l'invasion de la maladie. Après la seizième friction, sa tête fut parfaitement libre.

2° Quelque temps après, appelé auprès d'une autre dame atteinte depuis deux mois, et pour la troisième fois, de manie puerpérale non équivoque, car la malade avait cherché à se suicider, et elle avait jeté à terre son nourrisson, le docteur J. A. Chrestien ayant usé de l'opium, de la jusquiame, du camphre, pour procurer un peu de sommeil, essaya des frictions qui avaient si bien réussi chez le sujet de l'observation précédente. Les trois premières eurent un effet purgatif, et les trois autres n'agirent directement que sur les voies urinaires, dont le cours fut plus libre. Cependant l'état maniaque ne céda pas moins promptement : à la huitième friction, l'appétit était revenu, le lait s'était reporté aux seins, et la santé fut parfaite à la douzième friction.

Ces deux observations du docteur J. A. Chrestien, publiées en l'an IX de la république, dans son *Opuscule sur l'inoculation et sur la méthode par absorption*, fixèrent l'attention des praticiens ; et plusieurs se firent un plaisir de lui en communiquer d'autres, qu'il consigna dans sa *Méthode iatraleptique*, et que je suis fort étonné de ne voir mentionnés ni dans les ouvrages de matière médicale ni dans les traités d'aliénation mentale.

3° Un garçon de vingt et un ans, doué d'une grande sensibilité nerveuse, d'une raison et d'une douceur remarquables, éprouva, de la part de son père, un traitement dur qu'il ne croyait pas mériter. On observa chez lui, peu de jours après, un changement notable au moral, et le docteur Thibal fut appelé.

Le jeune homme avait un air de gaîté qui ne lui était pas naturel ; il parlait toujours sans savoir ce qu'il disait ; il voulait à toute force quitter sa maison, et lorsqu'on s'efforçait de le retenir, il entrait en fureur et cherchait à maltraiter tous ceux, sans exception, qui s'opposaient à ses désirs. L'appétit était bon, les aliments n'étaient point rejetés, le rectum faisait ses fonctions comme à l'ordinaire ; mais les urines étaient très-rares. Le ma-

lade dormait peu et avait le sommeil très-agité. Lorsqu'il prenait quelques moments de repos, il éprouvait un tremblement général, comme convulsif ; il s'éveillait toujours en sursaut, et devenait alors furieux. La langue sale et les yeux jaunes firent croire à un élément gastrique bilieux : le docteur Thibal prescrivit un émétique qui agit parfaitement par en haut et par en bas. Le soir, il donna un peu de sirop de pavot. Il n'y eut pas le moindre amendement. Il mit tout aussi vainement le malade à l'usage des bouillons de poulet, de la décoction de pois chiches, et à celui des bains. Ces moyens furent continués pendant huit jours sans la plus légère amélioration.

Il eut alors recours à la coloquinte administrée en frictions sur le bas-ventre et la partie interne des cuisses. La dose fut de 1 gramme, associée au saindoux, et répétée trois fois par jour. Après la sixième friction, il y eut un mieux sensible. Les évacuations alvines n'augmentèrent pas ; mais les urines coulèrent très-abondamment. Il insista sur l'emploi de la coloquinte, en portant la dose à 1 gramme 50 centigrammes pour chaque friction. Au cinquième jour, on n'aperçut plus de vestige d'affection mentale : la raison avait repris ses droits. Les frictions furent encore administrées pendant quelques jours. Le malade fut mis ensuite à l'usage du petit-lait.

4° Le sieur Bernard Gaubert, riche propriétaire dans une commune voisine de Montpeyroux, âgé d'environ 44 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, en apprenant qu'il était obligé de faire une dépense considérable d'argent dont il se croyait dispensé, et menacé vivement s'il s'y refusait, éprouva un très-grand trouble ; il était à une demi-lieue de chez lui. Il regagne son logis, mais criant à haute voix tout le long du chemin, et vomissant toutes sortes d'injures contre ceux qui l'avaient provoqué. La crainte d'être poursuivi et arrêté le fit courir hors d'haleine. Arrivé chez lui, ses cris redoublèrent, et il se porta à un emportement violent. Ses discours n'ayant aucune suite et annonçant un trouble notable dans les idées, on appela un chirurgien qui lui fit une saignée; à l'agitation et à la loquacité succéda le silence le plus morne. Le malade ferma les yeux, et tomba dans un véritable état de stupeur, conservant à peine un peu de pouls, et n'ayant presque pas de respiration. Cet état dura depuis midi jusqu'à huit heures du soir. Le docteur Archbold-Aspol fut appelé.

Instruit de ce qui s'était passé, il fit frictionner de suite le malade avec des linges chauds ; aux frictions sèches, il substitua celles avec des spiritueux, qu'on faisait également flairer. On mit

les jambes dans un bain fortement sinapisé, et de suite la parole revint. Le bain de jambes fut remplacé par un bain entier, dont la durée fut d'une demi-heure. Le malade, mis au lit, reposa trois heures, et passa le reste de la nuit dans un calme satisfaisant; mais, le matin, la scène de la veille se renouvela. Pendant l'absence du médecin, on répéta les remèdes qu'il avait employés; mais ils n'eurent pas le moindre succès. De retour auprès du malade, le docteur Archbold-Aspol ordonna un lavement émollient et laxatif, un demi-bain trois heures après, un frontal avec les roses rouges, la racine de bryone et l'oxycrat, l'application des sinapismes à la plante des pieds. Ces moyens paraissaient n'avoir produit aucun effet, lorsque tout à coup un délire furieux se manifesta.

Le malade fut saigné au pied, et plongé ensuite dans un bain qui fut répété la nuit. Une seconde saignée fut pratiquée au bras, le malade étant dans l'eau. Au sortir du bain, des sangsues furent appliquées aux tempes, et, six heures après, le malade fut encore mis dans un bain. L'emploi alternatif des bains, des sangsues et du frontal dont il a été question plus haut, eut lieu pendant huit jours consécutifs. Le délire se soutenant avec la même violence, un émétique et un purgatif furent essayés, et on remit le malade à l'usage des bains. L'état frénétique diminua beaucoup, mais l'aliénation mentale persista au même point; ce qui fit recourir à la teinture de coloquinte unie au saindoux et employée en frictions, trois fois par jour, sur le ventre, l'intérieur des cuisses et des avant-bras. Pendant douze jours on continua ces frictions, et l'on donna chaque soir un calmant composé de sel sédatif d'Homberg, de l'eau de laitue, et d'un peu de sirop de pavot. Le malade recouvra sa raison.

5° Le sieur Joseph Fautrier, âgé de soixante-douze ans, à peine délivré d'une hépriplégie du côté droit, fut pris d'une aliénation mentale due à une trop forte insolation. Après être resté, en effet, fort longtemps assis devant sa porte, exposé à l'ardeur du soleil, il vomit, en rentrant chez lui, une grande quantité de sang. Le docteur Archbold-Aspol ne fut appelé que le lendemain de cet accident, et comme le délire persistait, il fit appliquer des sangsues aux tempes. Le malade fut mis à l'usage de demi-bains tièdes, de petit lait que l'on rendait purgatif, chaque cinquième jour, d'après le mode Weisse, à celui des sucs apéritifs doux. Pendant un mois et demi que dura ce traitement, sans la moindre diminution de la maladie contre laquelle il était dirigé, le sieur Fautrier ne perdit ni de son embonpoint ni de ses forces. On eut recours aussi inutilement à des ap-

plications, sur le front, de verveine broyée dans le vinaigre.

Le docteur Archbold-Aspol se décide enfin à employer la teinture de coloquinte. Il fit donc frictionner son malade, matin et soir, avec cette teinture unie au saindoux. Après avoir employé pendant une semaine cette méthode qui offrit quelque avantage, mais dont il craignait la continuité, il la remplaça par les demi-bains, le petit lait et des sucs d'herbes. Après huit jours, il suspendit ces moyens pour revenir aux frictions. Ce traitement, alterné pendant six semaines, eut le succès le plus complet. Le sieur Fautrier reprit sa raison, et fut propre, comme avant sa maladie, à vaquer à ses travaux ordinaires. La dose de coloquinte employée fut de vingt-quatre grammes.

6° Jeanne Cabrol, fille âgée de vingt ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, éprouva, le 12 brumaire, au soir, un frisson qui dura environ deux heures, et fut remplacé par une chaleur qui se soutint toute la nuit. Appelé le 18, le docteur Colom observa les symptômes suivants : figure presque naturelle, peau chaude et sèche, pouls fébrile et assez égal, toux légère, sans expectoration; bouche mauvaise, anorexie, langue légèrement humide, enduite d'un limon blanchâtre; nausées, vomituritions. Les parents informèrent le docteur Colom que la malade se trouvait plus mal de deux jours l'un : il crut d'abord reconnaître une fièvre gastrique catarrhale rémittente tierce. Les signes de gastricité étant bien constatés, il prescrivit le tartre stibié, qui provoqua d'abondantes évacuations par haut et par bas.

Le 19, le mieux fut sensible. Le 20, il se déclara un frisson violent, suivi d'un délire frénétique qui força tous les gens de la maison à pourvoir à leur sûreté. A ce délire succéda une mélancolie profonde.

L'impossibilité de faire prendre aucun médicament à la malade, qui refusait même la plus légère boisson, et le désir qu'avait le docteur Colom de répéter les expériences heureuses du docteur J. A. Chrestien, sur l'emploi de la coloquinte par la méthode iatraleptique, dans la manie, lui firent proposer l'administration de cette substance à l'extérieur. On en mêla à du saindoux, et il en fit frictionner de force un gramme de deux en deux heures.

A la cinquième friction, l'aliénation mentale diminua un peu, quoiqu'il n'y eût pas d'évacuation sensible : la constipation l'obligea, au contraire, à ordonner des lavements qui ne produisirent aucun effet. Les urines étant devenues plus abondantes à la dixième friction, le calme fut parfait. Il ne restait pas le moindre signe de maladie; mais, de crainte de récidive, le docteur Colom fit faire dix autres frictions de quatre en quatre

heures. Les lavements qu'on donnait chaque jour ne procurèrent d'autres évacuations que celles de quelques matières durcies ressemblant à des crottins de chèvre. Les urines se soutinrent presque en même quantité jusqu'à la fin du traitement.

7° A. Valette, de Cournonterral, âgé de seize ans, venait d'essuyer une fièvre catarrhale maligne, à la suite de laquelle avait paru un abcès à la partie postérieure et moyenne de la jambe droite. Cet abcès s'étant dissipé promptement, il survint un état de manie marquée par une terreur panique qui empêchait le malade de prendre de la nourriture, de dormir, par l'effet de la méfiance qu'il avait pour tout ce qui l'approchait. Le docteur Blavet le fit frictionner de force sur le ventre avec la coloquinte unie au saindoux. Les frictions furent faites une fois le jour, et portées au nombre de cinq. La dose de la coloquinte fut de trente-deux grammes pour l'entier traitement. Après les deux premières frictions, les urines coulèrent abondamment; des coliques assez vives, sans déjections, se firent sentir : le malade éprouva du mieux. Après la cinquième friction, il reprit sa raison. Vingt jours s'étaient écoulés depuis le retour de la santé, lorsque la tumeur se reproduisit dans la place qu'elle avait occupée ; elle fut ouverte, traitée méthodiquement et guérie.

8 La femme du maréchal-ferrant de Villeneuve, village à une lieue de Montpellier, à la suite de violents chagrins, tomba dans un état de manie accompagné de délire furieux, dont les accès fréquents faisaient courir des risques aux habitants de la commune et aux parents de la malade, au point de les faire aviser aux moyens de la faire enfermer. Ce fut à cette époque que le docteur Blavet fut appelé pour lui administrer des secours. Il fit de suite frictionner la malade, sur toute l'étendue du ventre, avec douze grammes de coloquinte incorporée avec le saindoux. Cette friction, faite de force, ne produisit aucun effet immédiat ; mais la seconde causa des coliques suivies de selles fréquentes et copieuses ; à la troisième, la malade se reconnut, et, au grand étonnement de tout le monde, elle prit une cruche, et alla à la fontaine chercher de l'eau, aussi tranquillement qu'avant ses accès de manie.

Trois années s'étaient entièrement écoulées quand le docteur Blavet communiqua ses observations au docteur J. A. Chrestien, en 1811, et les deux guérisons ne s'étaient point démenties.

En publiant, dans l'édition de 1811, ces observations communiquées, le docteur J. A. Chrestien en ajouta deux autres qui lui étaient propres, et que voici :

9° Joseph Lasmayoux, tisserand, âgé de trente-six ans, très-irascible, et d'un tempérament bilieux, s'exagéra des motifs de chagrin, et fut pendant quelques jours triste, morose, sans appétit. Le 2 juin 1810, il entra dans un accès de fureur, à la suite duquel, persuadé qu'il avait commis un meurtre, il s'échappa à travers les champs, pour éviter les peines qu'il croyait avoir méritées. Dans sa fuite rapide, il fit une chute, et perdit, sans aucune amélioration, beaucoup de sang par les narines.

Appelé près de lui lorsqu'on l'eut ramené dans sa maison, le docteur J. A. Chrestien le trouva dans un état presque furieux. Son pouls était serré, agité, sans plénitude; ses yeux égarés, une teinte jaunâtre se faisant remarquer sur la conjonctive et sur une partie de la face. Le docteur J. A. Chrestien prescrivit un décigramme de tartre stibié, qui produisit deux vomissements d'une matière gluante et verdâtre. Le malade parut plus calme après ces évacuations; mais, persuadé qu'on avait voulu l'empoisonner, il refusa tout ce qu'on lui offrit.

Contenu au lit par ses frères, il reçut sur l'abdomen une friction avec deux grammes de poudre de coloquinte incorporée dans de l'axonge. Cette première friction n'ayant produit aucun effet sensible, on la réitéra au bout de quatre heures.

Peu de temps après la seconde friction, le malade parut souffrir de coliques; bientôt il s'en plaignit amèrement, et, sa tête se dégageant à mesure que les douleurs du ventre sévissaient avec plus de force, il se prêta à l'application d'une fomentation émolliente, qui fut suivie de plusieurs évacuations alvines séreuses, parmi lesquelles reparaissait une matière gluante et verdâtre, analogue à celle qui avait été rejetée par le vomissement: quelques heures de sommeil succédèrent à ces déjections.

Le lendemain, à son réveil, le malade parut profondément occupé de son crime imaginaire. Aux transports de fureur, qui n'eurent plus lieu, avaient succédé une morne tristesse et une taciturnité qui, de loin en loin, était interrompue par des propos incohérents sur le supplice auquel il se croyait destiné. Il se soumit néanmoins sans contrainte à une nouvelle friction, pour laquelle la poudre de coloquinte fut réduite à un gramme. On la réitéra toutes les six heures. Le malade n'éprouva que de légers ressentiments de colique, et poussa trois selles moins liquides. On observa, dans la journée, plusieurs intervalles pendant lesquels le malade parut jouir de la liberté de ses idées. La nuit fut tranquille, et sa troisième journée fit observer des retours plus fréquents et plus longs de l'usage des facultés intellectuelles. Pendant le quatrième et le cinquième jour, les accès d'aliénation

mentale eurent encore moins de durée et d'intensité, et les frictions furent réduites à deux dès le cinquième. On les continua ainsi jusqu'au neuvième, quoique depuis le cinquième le malade parût avoir recouvré la raison. Le docteur J. A. Chrestien n'observa aucune augmentation dans la sécrétion des urines pendant la durée de ce traitement ; mais il s'établit, le quatrième jour, une salivation assez abondante, qui persista quelques jours après la cessation des frictions.

10° Par l'effet d'une grande frayeur, une fille, âgée de treize ans, était depuis huit mois dans un état de démence qui la rendait incapable de rien faire. Quand on la conduisit chez le docteur J. A. Chrestien, il fut impossible d'en obtenir la moindre réponse, et la personne qui l'accompagnait assura qu'elle était toujours taciturne, ne prenant intérêt à rien, et restant toute la journée dans une immobilité presque parfaite, ayant besoin d'être sollicitée pour manger et pour satisfaire à ses besoins.

Le docteur J. A. Chrestien ordonna deux frictions par jour sur le ventre, avec cinquante centigrammes, chaque fois, de coloquinte unie au saindoux. Elles furent continuées trois jours sans amélioration et sans qu'aucune excrétion augmentât. La dose pour chaque friction, pendant les trois jours suivants, fut renforcée de vingt-cinq centigrammes de coloquinte. Les urines furent plus abondantes, et la malade parut moins stupide ; elle sentit quelques besoins qu'elle n'exprimait encore que faiblement. Six frictions ayant été faites à la dose d'un gramme de coloquinte chacune, les urines devinrent encore plus abondantes, et le mieux fut beaucoup plus marqué. Enfin, les six dernières, pour lesquelles on employa en tout dix grammes de coloquinte, en entretenant l'augmentation des urines, et rendant le ventre plus libre, ramenèrent le sujet dans son état de santé.

Affligé de l'insuffisance si fréquente des moyens ordinaires dirigés contre un état morbide qui isole de la société des personnes si souvent utiles à leur famille, je ne manquai pas d'essayer les frictions de coloquinte chez le premier maniaque que j'eus à soigner ; mais mon premier essai fut loin d'être heureux.

11° Le sujet était un carrossier d'un caractère doux, d'une conduite régulière, d'une position de fortune honnête, et qui, sans cause connue autre que les désagréments inséparables d'une surveillance active d'atelier et une application outrée à ne rien fournir qui ne fût bien confectionné, perdit sommeil et appétit, dans les premiers jours de septembre 1836, et devint de plus en plus soucieux. Le 29, jour de dimanche, sa femme eut de la peine à lui faire passer la journée à la campagne, ce qui était

pourtant son habitude ; et dans la nuit du dimanche au lundi, il se leva pendant la nuit, malgré les instances de sa femme, et se promena très-peu vêtu dans ses ateliers.

Consulté le lendemain, je ne trouvai ni dans le pouls, ni dans le faciès, aucune indication à pratiquer la moindre saignée : je prescrivis un bain domestique et un lavement. Le malade refusa de prendre le lavement; mais le bain calma son agitation. Cependant, la nuit suivante, il ne dormit pas davantage, et fit sa promenade dans les ateliers. Le 29, il fut remis au bain et frictionné sur le ventre avec un gramme de coloquinte incorporé dans quatre grammes d'axonge. Le 30, mutisme absolu : je le trouvai en présence de son barbier, qui ne pouvait pas le décider à se laisser raser. Il ne lui disait rien ; mais il résistait quand le barbier voulait l'asseoir. Il opposa aussi de la résistance pour prendre son bain ; mais les prières de son vieux père le fléchirent. Le 1er octobre, il n'avait pas encore poussé de selles depuis que je le traitais, et, indépendamment de la coloquinte en friction, je prescrivis du mercure doux et du jalap ; encore même fallut-il mettre, le soir, un cataplasme émollient sur le ventre pour obtenir une évacuation alvine qui eut lieu dans le lit.

Le 2, il resta au lit : son abdomen était tendu, la langue rouge et sèche ; il persistait dans son obstination à refuser tout aliment. Il ne prenait que quelques cuillerées de sirop d'orgeat. Je retirai par la sonde deux litres et demi d'urine.

Cet état s'aggrava les jours suivants ; les forces s'épuisèrent, le pouls devint petit et concentré.

Le 6, j'appelai en consultation mon oncle, qui, tout en déclarant le malade perdu, me conseilla pourtant d'augmenter la dose de la coloquinte ; je la portai à deux grammes.

Dès le lendemain 7, le malade répondit à toutes mes questions ; il me dit que la région épigastrique était le siége d'une douleur profonde, et il consentit à prendre un bouillon.

Mais le 8, je fus obligé de suspendre les frictions de coloquinte, parce qu'elles produisaient une trop grande sécrétion d'urines, et que celles-ci ne pouvaient pas être rendues sans le secours de la sonde. Je fis frictionner l'épigastre avec quelques gouttes de laudanum liquide.

Le 9, il survint une parotide énorme à l'angle gauche de la mâchoire inférieure : appelé dans la nuit, je trouvai les extrémités froides ; et malgré des sinapismes multipliés à la surface du corps, le malheureux expira à six heures du matin, en me disant qu'il allait mieux.

Malgré cet insuccès, la confiance que j'avais dans mon oncle

était trop grande pour que je n'attendisse pas une nouvelle occasion d'employer sa méthode thérapeutique contre la manie, et les deux observations suivantes sont des exemples de succès trop éclatants pour que je ne m'en félicite pas hautement.

12° Sigaud, postillon, âgé de trente-deux ans, entra chez lui, le 12 juin 1843, transi de froid, et il se mit au lit. Après quelques heures de sommeil, il fut pris de vomissements violents et copieux, qui cédèrent à quelques tasses de thé et à un cataplasme de farine de lin appliqué sur l'abdomen. Le lendemain, sa raison parut un peu altérée, et la nuit suivante fut tout employée par Sigaud à chercher des rats dans son bonnet, dans son traversin et dans ses matelas. L'état du pouls ne me permit pas de recourir à la saignée générale ; mais je crus devoir appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes. Des trente que j'avais prescrites, dix-huit seulement fonctionnèrent, et aussitôt que ces dix-huit sangsues, gorgées de sang, se détachèrent, le malade plongea les pieds dans un bain très-chaud et alcalinisé par une pellée de cendres. A la suite de ce moyen thérapeutique, Sigaud parut bien un peu plus tranquille : il éprouva bien de la diminution dans un tremblement des avant-bras qui m'avait frappé dès ma première visite, quoiqu'on me dît qu'il était assez habituel au malade ; mais il n'en persistait pas moins à soutenir qu'il y avait réellement des rats et qu'il les voyait passer.

Cette hallucination bien constatée, je fis frotter le ventre de Sigaud avec un gramme de coloquinte incorporé dans quatre grammes d'axonge. Une selle copieuse fut tout le résultat de cette première friction ; car la nuit du 14 au 15 fut encore plus agitée que la précédente. Sigaud ne voyait plus de rats, mais bien des serpents qui voulaient fuir. La force de plusieurs hommes fut nécessaire pour le contenir. Appelé auprès de lui dès six heures du matin, je lui fis donner un bain frais de trois quarts d'heure, à l'issue duquel il prit un pédiluve excessivement chaud. Je le fis promener dans la journée et nourrir légèrement, mais surtout je lui fis frictionner le ventre avec un autre gramme de coloquinte. Le soir, il prit un bain frais d'une heure. Malgré ces divers moyens, la nuit du 15 au 16 étant à peu près comme les précédentes, et le pouls me paraissant contre-indiquer une saignée générale, que l'injection des conjonctives oculaires et une pesanteur de tête, accusée par le malade, indiquaient d'ailleurs, j'appelai en consultation le professeur Rech, médecin en chef depuis longues années de l'hospice des aliénés de notre ville. Il eut la bonté d'approuver tout ce que j'avais prescrit et une nouvelle application de sangsues que j'avais l'intention de faire

mettre à l'anus, à cause des raisons susdites. Tout en me déclarant qu'il n'avait jamais obtenu de bons effets de la pommade de coloquinte, il ne l'improuva pourtant pas concurremment avec les bains, dont il conseilla de prolonger la durée. Enfin, il m'engagea à donner, le soir, une potion hypnotique. Conformément à cet avis, je formulai une potion avec cinq centigrammes de cyanure de potassium, trente-deux grammes d'eau de laitue, et autant de celle de cerise noire. Sigaud ne prit que la moitié de cette potion, et, soit sous son influence, soit sous celle de la coloquinte, dont il avait déjà employé six grammes en frictions, il dormit plusieurs heures. Mais, réveillé à trois heures du matin, il voulut absolument aller à ses chevaux. On l'y accompagna, il revint et se coucha. Il alla ensuite prendre son bain, à l'issue duquel six sangsues furent appliquées à l'anus. Il déjeuna ensuite, prit un second bain le soir, et dormit depuis sept heures jusqu'à trois heures la nuit.

Le 28, Sigaud reconnut que les rats et les serpents qu'il avait poursuivis étaient des êtres fantastiques; ses avant-bras ne tremblaient plus, et l'injection de ses conjonctives avait complétement disparu. Les bains et la coloquinte, qui n'agit plus directement sur les intestins, mais bien sur la vessie, furent continués jusqu'au 31 juillet, époque à laquelle Sigaud reprit son service de postillon, qu'il continue toujours.

Dira-t-on que les sangsues, les bains et la potion hypnotique ont eu plus de part à cette guérison que les frictions avec la coloquinte ? Je répondrai qu'ayant suivi pendant plusieurs années le service médical de l'hospice des aliénés de notre ville, et comparant les faits que j'y ai vus avec celui-ci, je ne saurais partager cette opinion.

13° Le 28 août de la même année 1843, Henri Cabanes, garçon perruquier, âgé de dix-huit ans, d'un tempérament éminemment scrofuleux, d'une santé fort délicate jusqu'à son adolescence, mais qui s'était bien raffermie depuis lors, se promenant sur les bords du Lez, fut prié par un homme d'aller lui pêcher une hache qu'il avait laissé tomber dans la rivière en la traversant dans un bâteau. Le jeune Cabanes ayant fait timidement observer qu'il ne savait pas nager, cet homme, désireux d'avoir sa hache, lui proposa de l'attacher par une corde et de le retirer lestement. Cabanes n'osa pas refuser à cet indiscret, qui prétexta, pour ne pas se mettre à l'eau, avoir eu, peu de temps auparavant, des accès de fièvre ; mais il dut être vivement et désagréablement impressionné par cette nécessité de plonger, car, dès le lendemain, il courut les champs toute la journée, et le

soir, il entra d'un air hagard chez son père et demanda brusquement où était le général. Etonnés de cette question et du ton inaccoutumé avec lequel elle était faite, ses parents essayèrent quelques observations ; mais le jeune Cabanes jeta sa casquette par terre, déchira sa cravate et s'enfuit. Son père eut beaucoup de peine à l'atteindre et surtout à le ramener. On le coucha et il s'endormit sans qu'on pût obtenir de lui aucune explication. Pendant la nuit, il s'éveilla deux fois : il voulut s'en aller ; mais il fut facile de le maintenir.

Appelé auprès de lui, je le trouvai la face animée et la peau chaude. Sur ma demande réitérée, il sortit la langue, que je trouvai un peu sale, et il ouvrit les yeux, dont les pupiles étaient anormalement dilatées ; mais il ne répondit à aucune de mes questions : il manifesta même, par sa promptitude à se retourner dans le lit, le désir d'être laissé tranquille. Je lui fis appliquer vingt sangsues aux apophyses mastoïdes et des cataplasmes de farine de lin sinapisés aux cous-de-pied, et je dis de frictionner l'abdomen avec un gramme de coloquinte incorporé à quatre grammes d'axonge ; mais le malade ne voulut pas se laisser frictionner. Pensant que ce refus avait été dicté par la pudeur, attendu que c'était sa mère qui s'était offerte pour cela, je fis déposer la pommade sur le ventre, et je la recouvris d'un cataplasme chaud, maintenu par une serviette. Le soir, un second gramme de coloquinte fut encore employé de cette manière, et le malade poussa une selle moulée.

Le 30, Cabanes répondit, brièvement il est vrai, à mes questions, et me dit que la tête lui faisait moins de mal. Il me demanda même à manger, et je lui accordai des crêmes de riz. La coloquinte fut continuée à la dose d'un gramme et demi par jour en trois frictions, que Cabanes consentit à se faire lui-même. Quoique les symptômes de congestion sanguine vers la tête et de gastricité se fussent promptement dissipés, la manie persista encore trois semaines, pendant lesquelles Cabanes ne parlait qu'à son frère, et montait de temps à autre sur les toits. La dose totale de la coloquinte employée dans cette cure, qui ne s'est pas du tout démentie, fut de quarante quatre-grammes. Il prit, en outre, beaucoup de bains frais et très-prolongés. Le professeur Reck a également vu ce malade.

Me reprochera-t-on, pour la validité de cette observation, d'avoir, comme chez le précédent malade, employé des sangsues, des cataplasmes attractifs et des bains en même temps que les frictions avec la coloquinte ? Je répondrai que le quina, que le mercure, qu'aucun médicamment ne guérit seul dans tous les

cas, et que l'on est bieu souvent obligé d'aider l'action du plus héroïque par d'autres bien moins actifs. La vraie médecine est celle des indications ; et celles-ci ne sauraient être toutes remplies par un seul moyen thérapeutique. Du reste, l'observation suivante me paraît devoir convaincre les plus sceptiques, puisque tous les moyens d'abord employés et longtemps continués ont été inutiles, et qu'au contraire, dès les premières frictions avec la coloquinte, la manie céda comme par enchantement.

14° Une dame de trente ans, sujette, avant son mariage, à des attaques de nerfs, revint à Paris, le 8 juin 1820, après un voyage en Italie pendant lequel ses règles s'étaient dérangées, et se plaignait d'un malaise général, d'insomnie, d'inappétence. Le ton de sa voix devint pleureur ; des idées vagues et décousues, dont elle ne pouvait se rendre compte, l'assiégèrent ; elle devint mélancolique. Le 17, à son réveil, elle fut prise de convulsions, et le docteur Salmade, appelé, la soulagea d'abord à l'aide d'un lavement antispasmodique et purgatif. Il s'occupa ensuite de rétablir le cours des règles, à l'aide de bains, de promenades et de pilules de Fuller. Les règles parurent en effet ; mais, peu de temps après leur apparition, survinrent des convulsions accompagnées de terreurs paniques, et cet état fâcheux se continua depuis le 26 juin jusqu'au 2 juillet. Après l'époque menstruelle, des sangsues furent appliquées, à la vulve probablement ou au haut des cuisses ; des lavements émollients et antispasmodiques furent administrés, ainsi que la décoction de valériane édulcorée avec le sirop de chèvre-feuille, ainsi que des pilules de musc. Les convulsions cessèrent, et le sommeil revint : le spasme ne se montrait plus qu'au réveil ; il se calmait dans le bain, et le reste du jour était paisible. Mais, le 10 juillet, l'état convulsif reparut plus intense, et le désordre dans les idées fut plus prononcé. Le célèbre Hallé conseilla, le 11, une saignée du pied, qui calma momentanément la malade ; mais, le lendemain 12, elle n'eut l'usage de la raison que par intervalles. Le 13, l'agitation redoublant, la saignée fut renouvelée, et le bain qu'elle prenait chaque soir, depuis le 5, fut administré presque froid ; il lui fut même fait des aspersions d'eau glacée, que le docteur Salmade dit avoir procuré beaucoup de calme ; cependant il ajoute que la malade ne dormit pas de toute la nuit, et que, le jour suivant, l'agitation fut plus grande, avec roideur des membres jusqu'à midi. Deux lavements administrés le 14 déterminèrent d'abondantes évacuations alvines, et la malade fut tranquille pendant le jour. La nuit, elle eut des rêves affreux qui l'éveillèrent toute tremblante : et, au milieu de ces alternatives, pendant lesquelles on lui mit des

sangsues au cou, aux tempes et à l'anus, on lui appliqua de la glace sur la tête, et on lui administra des pilules de camphre, la malade arriva à sa nouvelle époque menstruelle. Le petit lait, les potions calmantes et les lavements émollients ayant favorisé le flux périodique, détruit les symptômes, il ne restait, le 24, que l'inquiétude et le désir de changer de lieu. Mais, dans la nuit du 28 au 29, le pouls reprit une plénitude morbide ; l'agitation, le délire et les convulsions reparurent ; enfin, la malade retomba dans son premier état de maladie, auquel se joignirent quelques symptômes de gastricité qui exigèrent l'emploi d'un émétique. Malgré les pilules de Fuller, qu'on n'avait pas discontinuées, l'époque menstruelle du mois d'août ne parut pas, et l'on aperçut chez la malade beaucoup plus d'agitation.

Alors le docteur Salmade, en désespoir de cause, recourut aux frictions avec la coloquinte, préconisées par le docteur J. A. Chrestien, et je prie le lecteur de remarquer la rapidité avec laquelle elles agirent. Après les deux premières, faites avec un gramme de poudre de coloquinte incorporé à quatre grammes d'axonge, la malade fut moins agitée pendant la nuit et dormit habituellement ; à dater de la troisième friction, faite avec un gramme quatre-vingts centigrammes de coloquinte sur huit grammes d'axonge, les idées s'éclaircirent. La malade, devenue capable de se modérer, sortit chaque jour en voiture ; et, à dater du 3 septembre, les mouvements convulsifs ne reparurent plus. Le 8, la malade fut conduite à la campagne, où le bon air, l'exercice et le régime joints aux frictions qui ne furent portées qu'au nombre de quatorze, les dernières étant faites, il est vrai, avec deux gr. quarante centigr. de coloquinte, la santé se rétablit complétement. La malade, qui se trouvait hors d'état de tracer deux lignes le 8, écrivit une longue lettre le 16.

Le docteur Salmade, qui a publié cette intéressante observation dans le *Journal général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, rédigé par Sédillot (t. XLII, page 467), ajoute qu'il a, par les frictions de coloquinte, guéri une autre dame atteinte de pareille aliénation mentale, et qu'il désire voir les médecins chargés de la direction des établissements destinés au traitement de l'aliénation mentale, examiner avec soin quels sont les cas où l'on peut employer les frictions de coloquinte avec le plus d'utilité.

---

## VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

24. *Considérations sur les causes, le diagnostic et le traitement des pertes séminales involontaires;* par M. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe).

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1846.)

Avant ces dernières années, on avait fréquemment parlé des pertes séminales involontaires, ou flux de semence; mais peu d'auteurs avaient attaché une grande importance à cette maladie, qui, pour un assez grand nombre de médecins, était restée problématique. On chercherait en vain dans les écrits de l'antiquité une description très-exacte de cette affection. On a cru, il est vrai, la trouver dans Hippocrate, sous le titre de *Consomption dorsale;* mais si l'on ne peut pas dire que dans les écrits du médecin grec il soit absolument question d'une tout autre maladie, il est certain que plusieurs états pathologiques se trouvent confondus sous le titre que je viens d'indiquer; et de là l'impossibilité de reconnaître ce qui appartient en propre au flux de semence.

Parmi les auteurs qui, avant notre siècle, se sont plus spécialement occupés des pertes séminales involontaires, il faut placer en première ligne Wichmann, qui en a fait le sujet d'un ouvrage traduit et commenté par Sainte-Marie. Mais c'est à M. Lallemand qu'on doit les recherches les plus importantes sur ce sujet. Il a rassemblé un si grand nombre de faits, a institué une thérapeutique si complète de cette affection, qu'on peut presque dire qu'il en a doté la science. C'est principalement à l'occasion des opinions de ce dernier auteur que j'entreprends cet examen, afin de faire connaître quelles sont, dans ces opinions, celles dont la vérité est démontrée et celles qui sont encore contestables; et, comme l'étude des causes, du diagnostic et du traitement, est, sans contredit, ce qu'il y a de plus important pour le praticien, c'est à elle que je bornerai ces considérations.

*Etiologie.* Si nous recherchons quelles sont, parmi les causes prédisposantes, celles dont l'existence peut être regardée comme démontrée, nous voyons que, dans les faits rapportés par Wichmann et par M. Lallemand, il n'en est réellement aucune qui puisse supporter un examen critique un peu sévère. Certaines dispositions des organes génitaux, comme la longueur du prépuce, l'étroitesse ou la largeur exagérée du méat urinaire, l'atonie, la faiblesse congénitale des organes génitaux, et en particulier des conduits éjaculateurs, peuvent se présenter fréquemment dans l'état de santé ou de maladie, sans que pour cela on observe

rien qui ressemble à des pertes séminales involontaires. Il est même de ces dispositions qui, loin d'être des causes de l'affection dont il s'agit, peuvent n'en être que le résultat; et cette dernière réflexion s'applique aux autres causes prédisposantes admises par les auteurs, comme la susceptibilité nerveuse, la délicatesse de la constitution. L'existence de l'hérédité ne paraît pas mieux démontrée; et enfin, M. Lallemand reconnaît que les pertes séminales involontaires peuvent se produire sans cause appréciable.

On voit donc qu'il n'y a rien de positif dans ce qu'on nous a dit des causes prédisposantes. En sera-t-il autrement des causes occasionnelles? Si l'on a égard aux effets du traitement dans un certain nombre de cas, il n'est pas douteux qu'on n'ait pu assez fréquemment reconnaître les causes occasionnelles de ces pertes séminales, ou du moins de certaines affections désignées sous ce nom; car on verra tout à l'heure, quand je parlerai du diagnostic, que, pour un nombre de faits qui ne laisse pas d'être assez considérable, il est permis, dans l'état actuel de la science, de conserver quelques doutes sur la nature de l'affection. Les causes dont je veux parler sont l'inflammation chronique de la prostate et des conduits éjaculateurs, certaines affections cutanées des parties génitales et des environs de l'anus, les vers intestinaux ayant leur siége à la partie inférieure du rectum. Quant à la masturbation, aux excès vénériens, à la continence exagérée, à l'équitation, à l'abus de certaines substances, comme le tabac, le café, le thé, le camphre, etc., rien ne prouve d'une manière positive qu'on doive les regarder comme des causes occasionnelles; car le petit nombre de faits peu concluants cités en faveur de cette opinion paraîtra bien peu de chose lorsqu'on réfléchira à l'usage si répandu, et souvent si exagéré, de la plupart de ces substances.

*Diagnostic.* Le diagnostic est sans contredit le point le plus important que nous ayons à traiter. Il ne s'agit, en effet, de rien moins que de décider, d'après les faits, si les signes qu'on a donnés comme caractérisant parfaitement la maladie sont bien positifs; si, dans un certain nombre de cas, on n'a pas attribué à des pertes de semence un état occasionné par une tout autre affection des organes génitaux; si, en un mot, on n'a pas parfois cédé à cet entraînement qui porte les esprits à voir presque partout un état morbide dont on s'est particulièrement occupé. Cette question est d'autant plus intéressante, que, tandis que beaucoup de médecins ont encore les doutes les plus grands sur l'exactitude du diagnostic porté dans un grand nombre des observa-

tions publiées, ceux qui ont adopté entièrement les idées de M. Lallemand ne croient plus même nécessaire de discuter ce diagnostic. C'est ainsi que, tout récemment, M. Bouisson a cité deux cas de guérison de pertes séminales causées par des oxyures ou une éruption cutanée, sans paraître supposer qu'on pût mettre en doute l'existence de la maladie. Voici ce que dit M. Bouisson :

Une des causes les plus fréquentes et les plus opiniâtres des pertes séminales, c'est, sans contredit, la présence des ascarides dans le rectum, qui irritent l'extrémité de l'intestin, et dont l'irritation se répète sympathiquement sur les vésicules séminales. Toutes les irritations chroniques du rectum, la constipation, produisent le même résultat, ainsi que M. Lallemand l'a établi par de nombreux exemples. Un homme, âgé de 30 ans environ, affecté depuis quelque temps de cette maladie, et couché à la salle St-Jean, ayant offert à l'observation une cause de cette nature, a été soumis à l'administration de purgatifs salins répétés, et il en est résulté un grand bien. Les pertes séminales ayant continué en partie, ce qui arrive souvent à cause de l'habitude et de la faiblesse des organes génitaux, on a eu recours aux bains froids, et la guérison a été complète. Nous devons faire observer que les bains froids ont procuré une affection rhumatismale aux deux genoux, dont on a eu promptement raison. Lorsque les ascarides résistent aux purgatifs salins, on se sert avec avantage du mercure doux, des lavements froids, etc.

Chez un malade placé dans la salle des officiers, les pertes séminales tenaient à un eczéma des cuisses et du scrotum. En général, les affections herpétiques sont situées sur la peau qui avoisine les ouvertures naturelles où commencent les muqueuses, aux rebords des lèvres, aux environs des paupières, à la marge de l'anus, au prépuce, etc., et l'irritation qu'elles déterminent se continue aisément le long des conduits muqueux. De là des écoulements chroniques, des pertes séminales, lorsque les dartres ont leur siége au scrotum ou au fourreau de la verge. Le malade dont il est ici question avait imaginé d'introduire une bougie dans l'urèthre et de lier fortement la verge sur la bougie pour s'opposer à l'écoulement de la semence, dont la fréquence altérait sa santé. Il n'obtint de cette constriction qu'un engorgement considérable qui entraîna la perte du prépuce. Sa position s'est considérablement améliorée par l'emploi des dépuratifs, des bains sulfureux et des lavements rafraîchissants. Dans ces cas, la cautérisation des dartres et du canal avec le nitrate d'argent est un moyen précieux.

Pour procéder avec méthode, il faut nécessairement, comme je l'ai fait dans un autre travail, diviser l'affection en trois espèces ou degrés ; car les doutes sont bien loin d'être les mêmes, suivant que l'on considère ces divers degrés. Il faut distinguer d'abord les *pollutions nocturnes*, qui, par leur exagération, peuvent devenir une véritable maladie. Sur l'existence de cette espèce, il n'est pas d'objection possible ; tous les médecins ont eu, plus ou moins fréquemment, l'occasion d'en observer des exemples. Ces pollutions, d'abord rares, deviennent ensuite de plus en plus fréquentes. Dans le principe, elles déterminent un orgasme prononcé, et les sujets s'éveillent au moment de l'éjaculation, ou peu de temps après. Puis, à mesure que ces pollutions se multiplient, l'érection devient moins complète, l'orgasme est plus faible, et les malades ne s'aperçoivent qu'ils ont eu une pollution qu'après s'être réveillés. Enfin, ces pollutions peuvent même avoir lieu sans orgasme, sans rêve érotique, ou du moins rien ne prouve que ces conditions soient nécessaires.

Le diagnostic, en pareil cas, n'offre aucune difficulté. On trouve le sperme avec son odeur, sa couleur, sa consistance caractéristiques lorsque le réveil suit l'éjaculation ; et, dans le cas contraire, on voit sur le ventre et sur les cuisses du malade des lamelles blanches, légèrement brillantes, auxquelles on redonne les caractères du sperme en les délayant avec un peu d'eau. S'il en était besoin, l'examen microscopique viendrait encore confirmer le jugement porté ; car on trouverait des animalcules spermatiques en grand nombre dans le liquide placé sur le porte-objet.

Une circonstance viendrait néanmoins, suivant M. Lallemand, apporter quelques difficultés à ce diagnostic : c'est que lorsque les pollutions nocturnes deviennent très-abondantes, le sperme est plus aqueux, et les animalcules peuvent être déformés, diminués de volume, dépourvus de queue, se présenter, en un mot, sous forme de globules d'un tiers plus petits que les animalcules sains, et plus encore. Il est difficile, d'après les faits cités, d'apprécier cette assertion à sa juste valeur, et voici pourquoi : M. Lallemand a malheureusement négligé de présenter le résultat de l'examen microscopique pour chaque cas en particulier, ou du moins pour chaque espèce de pertes séminales ; il s'est contenté de donner sur ce point un aperçu général. Il en résulte nécessairement qu'on ne sait pas d'une manière positive quel est le degré de spermatorrhée qu'il faut avoir atteint pour que les animalcules se présentent dans l'état qui vient d'être indiqué. Je ne connais pour ma part qu'un seul fait qui vienne à l'appui de l'opinion de M. Lallemand. J'ai vu un sujet qui, dans un état de maladie

chronique d'un des organes abdominaux, a eu plusieurs fois des pollutions nocturnes, dans lesquelles il ne rendait qu'un sperme fluide, aqueux, sans odeur caractéristique, et ne présentant que de petits globules. Je dois ajouter néanmoins que, dans ce cas, les pollutions n'étaient ni assez fréquentes ni assez débilitantes pour être regardées comme un véritable état de maladie.

Le second degré est constitué par des *pollutions diurnes* qui, ayant lieu avec un certain orgasme, parfois avec érection incomplète, et parfois aussi sans érection bien marquée, n'ont besoin, pour être provoquées, ni de l'émission des selles, ni de l'émission des urines. Les cas de ce genre sont beaucoup plus rares : il est peu de médecins qui aient eu occasion d'en observer, et il en est beaucoup qui ne sont pas convaincus de leur existence. Elle ne peut cependant pas être niée. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples convaincants. Pour ma part, j'en connais de très-curieux. Le docteur Walsh, professeur à Londres, a conduit à Paris, il y a quelques années, un malade qui, à la moindre idée lascive, au moindre spectacle voluptueux, avait une demi-érection promptement suivie d'éjaculation. Je pourrais multiplier les faits de ce genre. En pareil cas, tantôt après que l'érection a été déterminée par une pensée, une lecture lascives, la vue d'un objet excitant les désirs, il suffit du plus léger attouchement pour produire l'émission du sperme : c'est le premier degré de la pollution diurne et celui qu'on observe le plus fréquemment. Les malades qui le présentent ne peuvent pas être appelés rigoureusement impuissants, et cependant ils le sont par le fait, puisque l'éjaculation étant extrêmement rapide, le coït ne peut avoir lieu, et qu'il faudrait des circonstances toutes particulières pour qu'il y eût fécondation.

A un degré plus avancé, l'attouchement n'est plus nécessaire, et plus tard encore, il n'est besoin ni de la vue d'un objet excitant les désirs, ni d'une lecture, ni même, dans certains cas, d'une pensée lascive, pour produire l'éjaculation. Il est vrai que, relativement à la nécessité d'une pensée lascive, on ne peut s'en rapporter aux malades ; mais, dans deux cas dont j'ai eu connaissance, l'interrogatoire a été assez bien fait, et les malades avaient trop peu d'intérêt à tromper, pour qu'on ne juge pas le fait comme au moins très-probable.

Les cas dont je parle sont du plus haut intérêt. L'affection, lorsqu'elle présente cette forme, peut, en effet, être longtemps méconnue, et cependant deux observations dont j'ai connaissance prouvent combien il est important de la reconnaître. Dans ces deux cas, les malades n'avaient rien moins qu'une monomanie

suicide qui s'était manifestée par les tentatives les plus graves.

Obs. Chez le premier malade, on ne soupçonna pas d'abord l'existence des pollutions diurnes; mais, un jour, M. le docteur Lisle, médecin de la maison de santé dirigée par M. Leuret, aperçut dans l'attitude du sujet quelque chose d'insolite. Pressé de questions, le malade refusa d'abord de répondre ; mais l'interrogatoire devenant plus pressant, il finit par dire qu'à des intervalles variables, il éprouvait une certaine commotion générale, une espèce d'étourdissement, un orgasme singulier en un mot, et qu'aussitôt il se sentait mouillé. Un examen immédiat fit sur-le-champ reconnaître sur la chemise des taches de sperme frais, ayant son odeur, sa consistance normales, et contenant un grand nombre d'animalcules. On apprit ensuite que depuis plusieurs années le coït était impossible, tant l'éjaculation était rapide, et que ce qui désespérait surtout le malade, c'est qu'il se croyait pour toujours impuissant. Deux cautérisations, à deux mois d'intervalle, ont guéri ce malade de ses pertes séminales, et la raison a repris promptement toute son intégrité.

Chez le second malade, les tentatives de suicide avaient été terribles ; car il s'était coupé la gorge et jeté à l'eau. L'éveil ayant été donné par la première observation, on fut bientôt sur la voie, et les pertes séminales diurnes ayant été constatées, la guérison fut promptement obtenue par le même moyen.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ces faits ; il n'est pas de praticien qui n'en soit frappé au plus haut point. Tant qu'on avait méconnu la cause de l'aliénation mentale, tous les efforts pour en triompher avaient été vains ; dès qu'on l'a reconnue, la guérison a été assurée. Et de quelle affection s'agit-il ? d'une des plus graves parmi ces graves maladies qui affectent l'intelligence.

Par ce que je viens de dire, on voit que dans des cas semblables le diagnostic ne présente pas de difficultés réelles. Il faut seulement que l'attention du médecin soit éveillée ; mais il faut absolument qu'elle le soit, car le salut du malade en dépend. La présence du sperme avec ses caractères normaux, à la suite de ces orgasmes dont j'ai parlé, vient ensuite lever tous les doutes.

Reste la *troisième espèce*, ou troisième degré, à laquelle je donne exclusivement le nom de *spermatorrhée*, et qui consiste dans des évacuations de sperme pendant la miction et la défécation, accompagnées ou non d'une sensation particulière vers le périnée. C'est ici que les difficultés surgissent en grand nombre, et qu'on regrette vivement que les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et M. Lallemand en particulier, n'aient pas toujours pro-

cédé avec toute la rigueur désirable. Combien de fois ne s'est-on pas fié aux récits exagérés d'hypochondriaques racontant complaisamment des maux imaginaires ! Combien de fois n'a-t-on pas négligé l'examen attentif de la matière rendue par les malades ! Combien de fois, enfin, n'a-t-on pas attribué à des pertes séminales, dont rien ne démontrait l'existence, des symptômes dus évidemment à une autre affection ! Et cependant il est des cas nombreux où tout porte à admettre l'écoulement du sperme. On sent donc combien il est fâcheux que l'étude de cette maladie n'ait pas été faite avec méthode, lorsqu'il était si facile, en analysant rigoureusement les faits et en exposant en détail, dans chaque observation, les résultats de l'exploration des organes et du liquide évacué, d'arriver à une démonstration complète. Après avoir examiné attentivement les faits, je suis arrivé à des conclusions que j'ai consignées ailleurs ( *Guide du Médecin praticien*, tome VII, page 550), et qui me paraissent devoir être reproduites ici.

« C'est par conséquent, disais-je après avoir indiqué la facilité du diagnostic des pollutions nocturnes ou diurnes, la *spermatorrhée* proprement dite qui seule présente des difficultés de diagnostic et qui peut laisser quelque incertitude sur son existence. Les raisons que l'on peut faire valoir pour la soutenir sont : 1° que cette affection survient assez souvent en même temps que des pollutions nocturnes ou diurnes plus ou moins répétées, ou après ; 2° qu'à la fin de l'émission des urines, plusieurs sujets éprouvent une sensation particulière vers le périnée ; 3° qu'au même moment il s'écoule par l'urèthre une matière plus ou moins visqueuse, dans laquelle on a fréquemment trouvé des animalcules spermatiques, des globules ou des corps sphéroïdes brillants ; 4° que plus la durée de cet état morbide se prolonge, et plus le dépérissement et les symptômes qui accompagnent les évacuations exagérées de liqueur séminale font des progrès sensibles. Ces motifs sont, comme on le voit, d'un très-grand poids ; mais peuvent-ils remplacer une démonstration plus directe ? Je ne le pense pas. Combien n'eût-il pas été plus concluant de suivre toutes les phases de la maladie, et de nous en montrer les progrès, en s'éclairant de l'inspection microscopique, non pas d'une manière générale, mais chez les divers malades en particulier.

« Voici, en effet, les objections qu'on peut élever : 1° on dit que la spermatorrhée survient après des pollutions nocturnes et diurnes, ou, pour mieux dire, dans le cours de ces pollutions qui sont très-fréquentes ; mais ne peut-on pas admettre que le sperme trouvé dans les urines provient de ces pollutions ? On le peut

d'autant plus, que, suivant M. Lallemand lui-même, il y a déformation de la prostate, déviation des conduits éjaculateurs, en un mot, diverses lésions qui peuvent empêcher l'éjaculation de se faire convenablement et déterminer la rétention d'une certaine quantité de sperme, qui s'échappera ensuite avec les urines. Mais on ajoute : 2° que la quantité de matière rendue à la fin de l'émission de l'urine est considérable. Cette preuve n'est pas aussi concluante qu'on pourrait le croire au premier abord. Dans les différents cas cités, il y avait soit une cystite aiguë ou chronique, soit une inflammation de la prostate, et l'on sait que ces maladies donnent lieu à une sécrétion morbide dont la matière s'échappe surtout à la fin de la miction, et qui forme des dépôts dont les caractères ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui sont mentionnés dans les observations de spermatorrhée, publiées par les divers auteurs. Une analyse très-rigoureuse des faits aurait pu seule lever ces difficultés.

« On dit ensuite : 3° que les malades éprouvent, au moment de la sortie de cette matière, une certaine sensation qui a son siége vers le périnée. Or, ne pourrait-on pas attribuer cette sensation à ce simple passage d'une matière muqueuse ou mucopurulente sur des surfaces irritées, enflammées, et surtout à la contraction nécessaire pour cette émission, dans des parties ainsi altérées? Un autre argument, c'est que : 4° des animalcules, des globules, des corps brillants, existent dans la matière ainsi rendue, et que parfois cette matière a les autres qualités du sperme. Je ferai d'abord remarquer que malheureusement ces circonstances ne sont presque jamais mentionnées dans les observations ; que presque toujours on se contente d'indiquer un dépôt blanchâtre, visqueux, sanieux, fétide, semblable au résidu d'une décoction d'orge ou de riz ; et j'ajouterai que beaucoup d'observateurs ne sont pas encore parfaitement convaincus que les globules, et surtout les corps brillants, soient des animalcules atrophiés. Quant aux cas où ces animalcules existent d'une manière évidente, ne sont-ils pas, un certain nombre du moins, le résultat de pollutions nocturnes ou diurnes, pendant lesquelles il y aurait émission interne? Plusieurs observateurs, et M. Donné entre autres, ont trouvé des animalcules spermatiques dans les urines, après de semblables pollutions et après le coït.

« Enfin, quant à l'argument qui consiste à dire : 5° qu'après ces évacuations, il survient un dépérissement et des symptômes semblables à ceux que déterminent les évacuations excessives de sperme, on peut répondre que ce dépérissement et ces symptômes sont communs à beaucoup de maladies chroniques, qu'ils

sont ceux de la gastralgie intense, de l'hypochondrie, quelle qu'en soit la cause, et que l'existence d'une affection quelconque des voies urinaires, si elle est grave, peut en donner raison. »

Je viens d'exposer les arguments en faveur de l'existence de la maladie ; j'ai mis à côté les objections qu'on peut élever contre elle : maintenant, s'il faut émettre une opinion définitive, je dirai que dans un assez bon nombre de cas on est nécessairement porté à admettre que les accidents nombreux observés chez les malades ont pour cause une perte de semence trop fréquemment répétée ; que, dans d'autres, beaucoup de doutes s'élèvent sur ce point ; et que, dans un certain nombre enfin, rien ne prouve qu'il faille accuser de ces accidents la spermatorrhée plutôt que d'autres affections dont l'existence a été parfaitement reconnue : c'est ce qui était évident, en particulier, dans un cas cité par M. Lallemand, et où tous les symptômes se rapportaient parfaitement à une glucosurie ou diabète sucré.

*Traitement.* Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les indications principales du traitement reposent sur la connaissance des causes les plus importantes. M. Lallemand surtout a insisté sur cette distinction, et, sous ce rapport, il a présenté d'une manière méthodique le traitement le plus complet. Je ne peux pas entrer dans de grands détails sur cette médication ; je dois me contenter de passer en revue les principales indications.

On doit d'abord rechercher s'il n'existe pas des *oxyures* dans le rectum, car dans un bon nombre de cas il a suffi de faire disparaître ces vers pour faire cesser l'état le plus grave : récemment encore M. Bouisson (*loc. cit.*) a rapporté un cas de ce genre. Les préparations mercurielles portées dans l'intestin sont le moyen le plus fréquemment employé et avec le plus de succès.

Si le prépuce est trop long, si son ouverture est trop étroite, il ne faut pas hésiter à pratiquer la circoncision. Quelquefois il suffit de faire disparaître, par des lotions, la matière sébacée accumulée entre le prépuce et le gland, pour mettre fin à des pollutions durant depuis très-longtemps.

S'il s'agit d'un rétrécissement de l'urèthre, d'une congestion hémorrhoïdaire, les moyens à mettre en usage se présentent naturellement aux praticiens.

Dans les cas d'atonie générale ou locale, les toniques, les excitants généraux, les boissons froides, sont utiles. On a donné quelquefois avec succès l'ergot de seigle. Suivant M. Lallemand, les applications froides, les bains froids, auraient plus d'inconvénients que d'avantages ; mais cette crainte paraîtra exagérée, si

l'on songe que plusieurs faits rapportés par les auteurs, et notamment par Sainte-Marie, prouvent jusqu'à l'évidence que les bains froids peuvent être utiles chez certains sujets qui ne sont pas trop débilités.

Quant aux antispasmodiques, aux opiacés, qu'on a recommandés dans les cas où il y a une grande excitation nerveuse et des digestions difficiles, ce n'est pas contre la maladie principale qu'ils agissent, mais contre la gastro-entéralgie qui en est la conséquence.

Reste la *cautérisation de la portion prostatique* de l'urèthre. C'est là, il faut le dire, le moyen par excellence : ce qui le prouve, c'est que, dans un grand nombre de cas, il a suffi seul pour procurer une guérison solide, et que dans la plupart de ceux où l'on a employé d'autres moyens, il a fallu recourir à la cautérisation pour compléter la guérison. Cette cautérisation demande, pour être bien faite, beaucoup de précautions, qui peuvent paraître minutieuses au premier abord, mais qui ne le sont réellement pas, car, en fait de thérapeutique, les plus petites choses en apparence peuvent avoir une importance incontestable. La principale consiste dans la rapidité extrême avec laquelle la cautérisation doit être pratiquée. M. Lallemand insiste pour qu'elle soit faite en un instant, indivisible, Selon lui, c'est parce qu'on l'a presque toujours trop prolongée, qu'on a eu de nombreux insuccès, et qu'on a eu à déplorer des accidents graves. Il faut donc que les praticiens ne perdent pas de vue cette recommandation, car non-seulement ils s'exposeraient, en agissant autrement, à compromettre le succès de l'opération, mais encore ils rendraient absolument impossible l'appréciation rigoureuse de la médication proposée par M. Lallemand.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce traitement ; je me bornerai, en terminant, à présenter une réflexion générale. Pour un certain nombre de cas, et j'en ai cité deux bien remarquables, il n'est pas douteux que la cautérisation n'ait promptement guéri des pertes séminales involontaires dont les conséquences étaient des plus fâcheuses ; et si dans les autres on ne reconnaît pas absolument qu'il existait une véritable spermatorrhée, du moins est-on forcé d'admettre que cette cautérisation, aidée des autres moyens indiqués plus haut, a mis fin à un état morbide très-grave, qui allait quelquefois jusqu'à menacer les jours du malade. Sous ce rapport, on ne peut méconnaître que les moyens proposés par M. Lallemand, et ceux qui, avant lui, ont été recommandés par les auteurs qui se sont occupés des pertes séminales, ne soient d'une utilité réelle, lorsqu'ils sont conve-

nablement appliqués. C'est ce que nous devons, pour notre compte, reconnaître sans hésitation après les réserves que nous avons faites plus haut.

Ainsi donc, dans l'état actuel de la science, le praticien doit, toutes les fois qu'il se présente à lui un sujet affecté de mélancolie, d'ypochondrie, de dépérissement, avec une grande susceptibilité nerveuse et des troubles gastro-intestinaux notables, examiner l'état des voies génito-urines, et, s'il trouve quelques symptômes qui le portent à admettre l'existence des pertes séminales, agir comme nous venons de le dire.

---

25. *Calcul vésical formé autour d'une alène de cordonnier; cystotomie; dilatation; guérison*; par M. le docteur Fleury, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de Clermont.

(Gazette médicale de Paris, N° 14, 1846.)

Obs. — Le nommé Marmontel, âgé de 35 ans, natif de Marlat (arrondissement de Mauriac, département du Cantal), doué d'une constitution vigoureuse, ayant toujours joui d'une bonne santé, partit, il y a quatre ans, pour le Mexique, et y travailla sur les ports.

Il ressentit pour la première fois, il y deux ans, des douleurs au bas-ventre, de la chaleur à l'extrémité du gland et de la difficulté pour uriner. Ce malaise, qui persista pendant huit ou dix jours, disparut ensuite assez promptement sous l'influence des bains locaux.

Cinq mois après, Marmontel eut quelques accès de fièvre intermittente qu'il crut devoir attribuer à un séjour assez long qu'il avait fait dans un lieu humide; elle céda au bout de douze jours. Mais bientôt de nouvelles douleurs se firent sentir dans la région de la vessie, au gland, au périnée; l'urine perdit sa transparence et laissa déposer au fond du vase un sédiment blanchâtre; quelques graviers furent rejetés par l'urèthre : blancs dans le principe, la dessiccation les réduisit en une poussière analogue à de la farine; plus tard ils prirent une couleur gris de fer.

La maladie fit bientôt des progrès tels qu'au mois de janvier 1845 tout travail devint impossible, et il se vit forcé d'entrer à l'hôpital de Vera-Cruz. Des sangsues en grand nombre furent appliquées au bas-ventre et au périnée; on administra des bains de siége, et bientôt le cathétérisme fit reconnaître la présence d'un calcul dans la vessie. Le chirurgien chargé du service ne voulut pas l'opérer, prétextant qu'il n'avait pas les instruments

nécessaires, et l'engagea à retourner dans son pays. Marmontel s'embarqua pour la France, fit un séjour assez court dans sa famille, et se présenta à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 30 août de la même année.

Les douleurs qu'il éprouvait lorsqu'il voulait uriner étaient horribles et le forçaient de s'accroupir comme pour aller à la selle. Soutenant d'une main le périnée, serrant de l'autre fortement le gland, il rejetait péniblement quelques gouttes d'urine, et dans les efforts qu'il faisait les matières fécales s'échappaient du rectum. Il était forcé, en marchant, de prendre les plus grandes précautions, pour calmer des douleurs qu'exaspérait le moindre faux pas.

Dans l'intervalle de ces crises, l'urine sortait involontairement, et le malade avait été dans la nécessité d'adapter à l'extrémité de la verge une vessie destinée à la recueillir. Le vase dans lequel il les rendait contenait un dépôt glaireux mêlé à une grande quantité de matières purulentes. La portion du périnée la plus rapprochée de l'anus était très-douloureuse à la pression.

L'état général est néanmoins assez bon, l'embonpoint est conservé, les principales fonctions de l'économie s'exécutent bien; le facies présente cependant une légère altération qui exprime l'état des souffrances auxquelles Marmontel est en proie depuis quinze mois. La peau du visage offre une coloration d'un jaune-paille.

Une sonde est introduite dans la vessie; le canal de l'urèthre est libre; le contact de l'instrument sur la membrane muqueuse qui le tapisse n'en est pas moins très-douloureux. Les tentatives d'exploration sont difficilement supportées et n'amènent aucun résultat; le malade assure cependant qu'à l'hôpital du Mexique on a constaté l'existence d'une pierre. Le mandrin qui bouche les yeux de la sonde est alors retiré, l'urine s'écoule et le bec de l'instrument rencontre le calcul; mais à ce moment les douleurs sont excessives, et je suis forcé de retirer l'algali pour ne pas les prolonger plus longtemps. Les mêmes douleurs se reproduisent lorsque la vessie est vide.

La sensibilité des voies urinaires est telle, le contact des instruments si difficilement supporté, que le broiement du calcul ne paraît pas possible : je me décide alors à pratiquer la cystotomie par la méthode bilatérale, afin d'avoir une ouverture assez grande sans craindre la lésion des vaisseaux du périnée.

Quelques bains sont préalablement administrés au malade; un purgatif est donné la veille de l'opération, qui est pratiquée le 6 septembre 1845.

Un cathéter volumineux est introduit dans la vessie, les parties molles situées au-devant de l'anus divisées ; la portion membraneuse de l'urèthre est découverte, la cannelure de l'instrument mise à nu et la pointe du lithotome double glissée sur elle. Ces premiers temps de l'opération ont été promptement exécutés. Les branches de l'instrument, en s'ouvrant dans la vessie, ont rencontré le calcul, dont la présence en a rendu le déploiement difficile ; mais c'est surtout pour les retirer qu'ont eu lieu les principales difficultés : ce n'est qu'avec peine qu'elles ont pu être dégagées, et le tranchant de la branche droite s'est émoussé en frottant sur un corps dur, que j'ai cru formé par la pierre.

L'indicateur de la main gauche introduit dans la plaie, j'ai senti un corps très-dur, pointu, dont l'extrémité m'a paru implantée dans les parois de la vessie au niveau de son col. J'ai d'abord pensé que c'était l'extrémité d'un calcul qui s'engageait dans son ouverture, et j'ai glissé sur le doigt des tenettes, croyant pouvoir le saisir avec facilité. Leurs cuillères ont ramené une pierre volumineuse, mais qui s'est écrasée sous leur pression. Une seconde exploration ayant été faite, le même corps dur a été senti ; une nouvelle introduction des tenettes a de nouveau ramené des fragments de calcul, sans entraîner néanmoins ce noyau consistant, dont les rapports avec le col de la vessie n'ont pas changé.

Voyant l'inutilité de ces tentatives, je cherchai à le déplacer au moyen du bouton qui termine l'instrument conducteur des tenettes ; son extrémité glissée sur lui me permit de lui imprimer un léger mouvement de bascule, qui l'abaissait. Les tenettes, introduites de nouveau dans la vessie, le saisirent par son extrémité inférieure et le ramenèrent à l'extérieur.

Nous ne fûmes pas peu surpris en reconnaissant une alène de cordonnier, encroûtée de substance saline dans toute son étendue, d'une longueur de 9 centimètres. Les deux extrémités seules n'étaient point recouvertes de concrétions calculeuses : l'inférieure était fixée à la face interne de la vessie, près du col ; ce qui en avait rendu l'extraction difficile. A chaque tentative, les tenettes la saisissaient par sa partie moyenne et écrasaient entre leurs cuillères le calcul qui l'enveloppait ; mais ce noyau métallique conservait toujours la même position. Ce n'est qu'au moment où une de ses extrémités a été ramenée à l'extérieur qu'il a été possible de l'extraire. (La pièce a été envoyée à l'Académie de médecine : j'ignore quelles sont les circonstances qui ont empêché M. Roux, à qui je l'avais adressée, de la présenter à ce corps savant.)

Deux injections d'eau de guimauve ont été faites dans la ves-

vie, et le malade a été rapporté dans son lit. Il n'y a pas eu la moindre hémorrhagie ; à peine s'est-il écoulé une cuillerée de sang.

Marmontel, aussi étonné que nous en voyant l'alène qui était devenue le noyau d'un calcul, cherche à rappeler ses souvenirs, et nous dit qu'il y a dix-huit ans, travaillant à Bourges chez un cordonnier, ses camarades, pendant qu'il dormait la bouche entr'ouverte, lui touchèrent le fond du gosier avec un instrument qu'ils échappèrent. Il éprouva à l'instant même en se réveillant une gêne légère ; mais cette sensation ne s'étant pas prolongée, il n'y fit aucune attention. Je n'attachai d'abord aucune confiance à cette version, bien convaincu que l'alène avait dû être introduite par le méat urinaire, et je recommandai aux élèves de ne plus lui reparler de ce fait, voulant moi-même, dans un entretien particulier, tâcher de savoir la vérité. Il persista dans ses dénégations avec une apparence de bonne foi qui pouvait inspirer quelque confiance dans son récit. Je me réservais néanmoins de lui renouveler ma demande lorsqu'il sortirait de l'hôpital, parce qu'alors, quittant Clermont, il lui en eût moins coûté de faire un aveu qui pouvait l'humilier ; mais sa narration fut toujours la même. De nouveaux faits sont venus quelques jours après le rendre plus vraisemblable.

Les douleurs que le malade a ressenties après l'opération ont eu leur siége à l'extrémité de la verge ; elles ont été très-vives pendant plusieurs heures. Dans la journée et le lendemain, quelques graviers ont été entraînés par l'urine : les plus gros sont sortis par la plaie ; quelques-uns, plus petits, ont traversé l'urèthre. Il n'est survenu, du reste, aucun accident ; l'abdomen est resté indolent, l'inflammation circonscrite aux lèvres de la plaie. Le lendemain, le malade demandait avec instance des aliments. (On a permis de légers potages.)

Le 9. L'amélioration persiste, l'appétit est vif (quart de portion). Le surlendemain, Marmontel mange la demie, qui n'est bientôt plus suffisante.

Le 13. Sept jours après l'opération, le malade, dont l'état est toujours excellent, nous dit que des vents s'échappent par la plaie et par la verge ; ceux qui sortent de l'urèthre le font avec bruit.

Je craignis que le rectum n'eût été intéressé pendant l'opération ; mais Marmontel me rassura bientôt en me disant que cela ne l'étonnait guère ; car le même phénomène se reproduisait depuis longtemps, et son urine moussait comme de la bière en faisant entendre quelquefois le bruit que détermine, en s'échappant, la gaz acide carbonique.

Le doigt introduit dans le rectum trouva, à 8 ou 10 millimètres

au-dessus de l'anus, une petite ouverture circulaire, déprimée, dont les bords paraissaient amincis. Nul doute que c'est par cet orifice qu'une communication s'est établie entre le rectum et la vessie. Une petite sonde en gomme élastique, munie d'un mandrin et recourbée à angle droit, est introduite dans cette ouverture ; elle est facilement sentie par un stylet glissé entre les lèvres de la plaie.

Jusque-là Marmontel n'a pas remarqué que l'urine se soit échappée par le fondement ; mais le liquide d'un lavement qu'on lui a administré la veille est ressorti presque entièrement par la plaie.

Il était intéressant de savoir si avant l'extraction de ce corps étranger les digestions avaient été pénibles, laborieuses, la défécation difficile, s'il urinait par l'anus. Il répond à nos demandes en nous assurant qu'il n'a fait à cet égard aucune remarque. Il rendit une fois, dans un violent effort pour aller à la selle, une petite quantité de pus mêlé aux matières.

Le 15 septembre. L'urine commence à passer par la verge.

Le 6 octobre. La plaie est entièrement cicatrisée. Marmontel quitte l'hôpital le 15. Il passe beaucoup moins d'urine par le rectum ; quelques gaz s'échappent encore par la verge.

— Les observations de corps étrangers trouvés dans la vessie et encroûtés de sels calcaires ne sont assurément pas rares dans la science ; mais il serait difficile d'en trouver un exemple plus remarquable que celui-ci.

Si les douleurs qu'éprouvent les calculeux sont plus vives lorsque la vessie s'est débarrassée de l'urine qu'elle contient, parce qu'alors ses parois viennent coiffer la pierre, on comprend que chez notre malade elles devaient être bien aiguës, puisque c'étaient les pointes d'une tige métallique qui étaient en contact avec sa membrane muqueuse. On s'explique ainsi très-bien cette sensibilité si vive au toucher lorsqu'on pressait sur le périnée. Il est seulement étonnant qu'après plusieurs tentatives pour retirer ce corps étranger, qu'après des manœuvres répétées dans un organe malade, il ne soit pas survenu des accidents plus formidables et que l'inflammation catarrhale qui existait à la vessie depuis longtemps n'ait pas été exaspérée. Nous ne pouvons en trouver la cause que dans la bonne constitution de notre malade, la force de son caractère, le bon état de son moral. Cet homme, accoutumé à des travaux pénibles, couchant toujours sur la dure, avait un appétit extrême et n'aurait pu supporter la diète. Dès le lendemain de l'opération, il demandait à manger, et chaque jour il fallait augmenter la dose des aliments ; le surlendemain même, il

aurait voulu se lever, et il a fallu, pour l'en empêcher, lui faire sentir les conséquences fâcheuses que pourrait avoir pour lui une telle imprudence.

Il serait bien extraordinaire qu'une tige métallique de cette longueur ait pu parcourir le canal intestinal, percer la cloison recto-vésicale sans avoir déterminé des accidents. Que serait-elle devenue pendant quinze ans? Ce problème paraît tellement insoluble, qu'il serait plus rationnel d'admettre qu'elle a pénétré directement dans les voies urinaires, ulcéré les parois de la vessie et produit la fistule qui existe aujourd'hui.

## X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 26. *Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées;* par le docteur AMBROISE TARDIEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, ex-vice-président de la Société anatomique de Paris, membre de la Société médico-chirurgicale de Zurich, etc.

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 161.)

(Annales d'Hygiène publique, janvier 1846.)

Dans la première partie de ce travail, après avoir rapporté l'histoire d'une femme qui se disait enceinte depuis trois ans, et dont le ventre, conservant un volume considérable, était agité de mouvements très-énergiques, chez laquelle enfin se reproduisait tous les neuf mois un travail d'enfantement, nous avons étudié la valeur des différents signes certains ou incertains de la grossesse, et recherché dans quelles conditions, autres que l'état de gestation, peuvent se produire, chez la femme, la cessation des règles, le développement du ventre, le gonflement de la glande mammaire, la sécrétion du lait, et les mouvements caractéristiques dont l'abdomen est le siége. Nous allons terminer en examinant les cas où l'on a pu observer un ensemble de douleurs et d'efforts plus ou moins analogues au travail de l'enfantement. Enfin, nous montrerons quels résultats généraux et pratiques la science peut retirer de cette étude.

§ IV. — *Efforts analogues au travail de l'accouchement.* — Nous avons dit qu'il conviendrait d'ajouter aux signes certains de la grossesse le travail de l'accouchement suivi de l'expulsion d'un

fœtus vivant ou mort. Mais il y a deux choses bien distinctes à considérer dans cet acte : d'une part, les efforts qui préparent et amènent la délivrance ; d'une autre part, la délivrance elle-même. Or, si celle-ci ne peut laisser de doute sur la réalité d'une grossesse, il n'en est pas ainsi des efforts qui constituent le travail. En effet, dans un grand nombre de cas de grossesse apparente, il arrive à une certaine époque une série de douleurs et de mouvements analogues à ceux de l'accouchement. C'est là un point important qu'il nous reste à examiner.

A. On a vu déjà dans plusieurs de nos observations des exemples de ce faux travail. Il est ordinaire de le voir survenir seulement au terme naturel de la gestation. Et en général à ce moment l'erreur se dissipe, même dans l'esprit des femmes où elle est le plus fortement enracinée. Cependant, il est possible, et c'est le cas de notre première observation, que l'erreur ou le mensonge persiste, et que les efforts de la délivrance se renouvellent à des intervalles variables et plus ou moins réguliers. Cette circonstance est une difficulté de plus; car certains états morbides, certaines déviations dans l'ordre naturel de la gestation, peuvent réellement produire des phénomènes semblables : je veux parler des grossesses extra-utérines, qu'il sera important d'étudier à ce point de vue. Quant aux autres conditions dans lesquelles se montre ce faux travail, elles sont à peu près les mêmes que celles qui produisent les phénomènes caractéristiques que nous avons précédemment analysés. Cependant cet accident est beaucoup plus rare dans les affections organiques des organes génitaux ou des viscères contenus dans l'abdomen ; et on l'observe presque exclusivement dans ces états particuliers où dominent les troubles variés de l'innervation. Je dois dire toutefois qu'un véritable produit morbide, existant même en dehors de la matrice, peut déterminer des efforts semblables à ceux de l'enfantement. Ainsi, sans parler du fait de tympanite que j'ai cité (Obs. II), je dois à une bienveillante communication de M. le professeur P. Dubois l'exemple d'une femme qui, se croyant enceinte, pensant être arrivée à terme, et prise de douleurs avec ténesme et efforts d'expulsion, portait un kyste volumineux et multiloculaire de l'un des ovaires. Mais même dans ces cas où une cause physique évidente a agi, il y a encore une part à faire à l'imagination rendue plus active par une conviction erronée, et, à cet égard, ils se rapprochent de ceux dont nous aurons bientôt à parler.

Il convient aussi de mettre de côté, sur-le-champ, les faits de faux travail simplement simulés. Il n'est guère permis ici, en effet, d'admettre même la possibilité d'une erreur. On ne doit avoir

à signaler que des supercheries par trop palpables. C'est du moins ce qui paraît très-probable, d'après l'observation succinctement indiquée par M. Velpeau : « d'une fille qu'il a vue à l'hôpital de « Tours, et plus tard à l'hôpital Saint-Louis de Paris, laquelle « parvint, en se bourrant le vagin de chiffons, à simuler un ac- « couchement complet, après s'être dite enceinte pendant près « de trois ans. »

B. Les efforts de délivrance revenant périodiquement, au dire de la malade de notre première observation, tous les neuf mois pendant plus de trois années, ont pu donner un instant, pour les personnes qui n'admettaient pas la simulation et ne songeaient pas à une aberration de l'intelligence, l'idée d'une grossesse extra-utérine. On sait en effet que lorsque le produit de la conception, placé hors des voies naturelles, a cessé de se développer, et est néanmoins resté au sein de l'organisme sans déterminer d'accidents, il est admis par certains auteurs que la nature, à différentes reprises et à des époques variées, tente par de nouveaux efforts d'éliminer cette masse étrangère. Voici comment s'exprime à ce sujet le savant docteur Dezeimeris : « Si la gros- « sesse extra-utérine se prolonge pendant un temps considérable, « on voit assez fréquemment les douleurs de l'enfantement se « renouveler à des intervalles variés. Dans le cas publié par « Schmidt, dans l'intervalle de trois ans que dura la grossesse, « elles se renouvelèrent huit fois, et se prolongèrent chaque fois « pendant plusieurs semaines. Dans le cas de Lospichler, qui est « celui d'une grossesse de six ans, les douleurs se renouvelèrent « chaque année à l'époque correspondant au terme de la ges- « tation. »

L'importance de ce point de doctrine, généralement mal établi par les auteurs, m'a conduit à rechercher le véritable sens du petit nombre de faits qui le constatent. Mais il m'a été impossible de retrouver la première des deux observations citées par M. Dezeimeris, qui, contrairement à ses précieuses habitudes d'érudit, n'en indique pas la source. Quant à la seconde, je crois devoir reproduire textuellement les termes mêmes de l'auteur original.

Obs. XI. — Dans le fait rapporté par F. J. Lospichler, sous le titre : *De gemellis utriusque sexus per sex annorum spatium in abdomine matris extrà uterum, absque ullâ corruptione, gestatis*, il s'agit d'une baronne illustre, âgée de 37 ans, affectée pendant six ans d'une grossesse extra-utérine qui présentait dans sa marche une double série de phénomènes : d'un côté, des efforts répétés de délivrance, de l'autre, des accidents dus aux alternatives de rétention et d'écoulement des règles. « Tali in statu per sex integros

annos vitam transegit satis tranquillam, nisi quod singulis annis tempore partus exspectati nisus et dolores quidam parturientium ad instar, ipsam per aliquot dies divexarent, et quoties tributum retinebatur lunare toties præter abdominis majorem elevationem tumoris relicti quoque notabile percipiebatur incrementum, variaque alia molesta symptomata, v. g. dolores abdominis lancinantes, etc., etc. »

J'ai trouvé encore un fait intéressant et de la même espèce dans un petit livre fort rare qu'a bien voulu me confier M. le docteur Bisson, et qui est intitulé : « *Histoire anatomique d'un enfant qui a demeuré vingt-cinq ans dans le ventre de sa mère, avec des réflexions qui en expliquent tous les phénomènes, par Nicolas Blegny.* » J'emprunte seulement à cette relation le passage qui nous intéresse.

Obs. XII. — En 1652, une femme, enceinte pour la onzième fois, et présentant une grossesse extra-utérine péritonéale confirmée par l'autopsie, ressentit des douleurs au bout des neuf mois sans être délivrée ; puis « elle demeura 18 ou 19 ans dans cet estat, et on a remarqué durant tout ce temps qu'après une intermission de plusieurs mois, elle souffrait des épreintes si violentes, qu'elle pressait souvent son chirurgien de lui ouvrir le ventre. »

Quelque peu nombreux que soient ces faits, ils sont suffisants pour établir le retour plus ou moins périodique d'une espèce de travail d'accouchement pendant le cours des grossesses extra-utérines prolongées. Mais il n'y a d'ailleurs rien autre chose, ni dans les signes, ni dans la marche de ces affections, qui permette sérieusement de les confondre avec les cas qui nous occupent. Sans parler, en effet, des signes très-divers relatifs à la menstruation et à la sécrétion du lait, il existe toujours une tumeur, de siége et de volume variables, qui est même ordinairement double ; car l'utérus paraît le plus souvent acquérir tous les caractères qui sont propres à l'état de gravidité, et se développer au point de pouvoir égaler dans certains cas un utérus au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, comme le prouvent les faits rapportés par un grand nombre d'auteurs, et notamment par notre habile et excellent collègue M. le docteur Cazeaux. Il est juste pourtant de reconnaître que cette augmentation de volume disparaît lorsque la gestation se prolonge au delà du terme ordinaire de neuf mois. Du reste, nous ne sommes entré dans ces détails que pour mieux faire sentir les différences qui séparent notre première observation des grossesses extra-utérines prolongées.

C. C'est surtout, avons-nous dit, dans les grossesses appa-

rentes, dites nerveuses, liées en général à un état hystérique, que l'on voit survenir, soit avant terme, soit au terme même des velléités de travail, caractérisées par des douleurs expultrices, des maux de reins, du ténesme, par un ensemble de symptômes enfin plus ou moins analogues aux phénomènes de l'accouchement naturel. On en a vu déjà des exemples dans nos précédentes remarques (Obs. VII, etc.): il nous reste à en citer quelques-uns encore, qui sont tout à fait dignes de fixer l'attention.

Obs. XIII. — *Fausse grossesse avec commencement de travail.* — « Le 3 décembre de l'année 1686, je fus mandé, dit De la Motte, pour accoucher une bourgeoise âgée de 46 ans, que je trouvai dans les douleurs, se plaignant beaucoup. Elle se croyait fort à terme, c'est-à-dire sur la fin du neuvième mois, ayant souffert tous les accidents qui accompagnent la grossesse depuis le mois de mars jusqu'à ce jour-là. Tout était prêt pour recevoir un enfant que l'on souhaitait ardemment, lorsque j'assurai que c'était en vain, ayant trouvé la matrice dans son état naturel. »

Les trois observations que l'on va lire sont plus remarquables encore par la précision des détails et par leur développement. La seconde surtout nous intéresse tout particulièrement, en raison des retours du faux travail qui rapprochent ce fait de celui que nous avons rapporté au commencement de ce mémoire. Elles ont de plus, toutes les trois, le mérite de résumer complétement et de la manière la plus frappante tous les traits qui caractérisent les fausses grossesses.

Obs. XIV. — *Grossesse apparente nerveuse se terminant par un faux travail extrêmement pénible.* — Madame de B..., âgée de 43 ans, hystérique au dernier degré, qui était déjà accouchée treize fois, se crut, après 5 ans de repos, de nouveau enceinte. Ses règles, qui se montraient toujours avec beaucoup de régularité, se suspendirent, et déjà, à la deuxième fois, elle fixa le 5 mai comme le jour de son accouchement. Elle eut, comme dans toutes ses grossesses, des anxiétés qui nécessitèrent plusieurs saignées. Elle avait du dégoût pour les mêmes aliments, et pour d'autres, comme autrefois, une prédilection très-grande et inaccoutumée : elle sentit l'enfant juste à l'époque qu'elle avait indiquée ; son bas-ventre devint de jour en jour plus volumineux. Néanmoins elle était inquiète de ce que de temps en temps, et même toujours à l'époque menstruelle, les règles se montraient, mais pas comme à l'ordinaire : ses craintes s'apaisèrent cependant facilement, parce qu'elle avait appris de ses amies que c'était une chose possible. Vers la fin de son compte, la grossesse devint très-fatigante pour elle ; plus elle approchait du terme présumé, moins

elle pouvait s'asseoir à cause d'un ténesme et de tiraillements désagréables vers le bas. Sur un sopha, elle ne pouvait se placer que sur le bord, en écartant fortement les cuisses, et, dans le lit, elle ne pouvait être couchée que sur le dos. Exactement au jour qu'elle avait indiqué, le 15 mai au matin, les douleurs commencèrent à se faire sentir. Lorsque j'arrivai, je la trouvai dans des douleurs atroces et dans des convulsions dignes de compassion, accompagnées de claquements de dents; le bas-ventre était très-tendu; le ténesme était si grand qu'elle craignait à chaque instant la sortie précipitée de l'enfant et que l'urine s'écoulait involontairement. Le toucher par le vagin m'apprit qu'elle n'était pas enceinte, et je ne trouvai aucune trace de fœtus au dehors de la matrice. Lorsque cette dame fut assurée qu'elle s'était trompée, les douleurs et les convulsions cessèrent tout à coup, et toutes ses sensations de grossesse, toutes les incommodités, le dégoût, les anxiétés, disparurent avec l'idée fixe qui les avait produits. Depuis ce temps, elle est parfaitement bien portante, mais ne peut pas encore concevoir qu'il soit possible de s'imaginer une chose si fermement et si douloureusement.

Obs. XV. — *Élévation du bas-ventre et douleurs intermittentes semblables à celles de l'accouchement sans grossesse.* — La femme d'un fabricant, âgée de 30 ans à peu près, et un peu cachectique, qui venait de sevrer son premier enfant qu'elle avait nourri pendant onze semaines, se crut de nouveau enceinte, parce qu'elle ressentait différents phénomènes nerveux et que son bas-ventre s'élevait insensiblement. Ses règles coulaient à la vérité d'une manière périodique; mais elle crut ne pas devoir s'y arrêter, attendu qu'elles avaient aussi continué de se montrer, pendant sa première grossesse, jusqu'aux derniers mois. Dans la suite, des douleurs avec ténesme, simulant des contractions de la matrice, se montrèrent à deux reprises différentes, au point qu'on croyait let ravail de l'accouchement déclaré; mais ces symptômes se calmèrent sans que rien fût expulsé. Après que l'on eut attendu vainement la fin de cette grossesse pendant quinze mois, la femme revint de son illusion; mais elle continua à avoir la sensation de la présence d'un corps étranger. La matrice était cependant dans l'état ordinaire.

Obs. XVI. — *Grossesse illusoire avec tous les signes extérieurs, excepté la suppression de l'écoulement menstruel.* — Une femme de 28 ans environ, petite et corpulente, d'une constitution molle, à yeux bleus, cheveux blond foncé et peau blanche, qui avait accouché pour la première et unique fois quelques années auparavant, croyait être sûrement enceinte et parvenue au troisième

mois de sa seconde grossesse. Elle avait tiré cette conclusion de certaines anomalies de l'appétit, de l'augmentation du volume des mamelles et d'un changement particulier dans les fonctions intellectuelles ; mais les règles, qui avaient été entièrement supprimées pendant la première grossesse, coulaient périodiquement, quoiqu'à des époques moins bien déterminées et en moindre quantité. Cette femme était intimement convaincue qu'elle était grosse. Le bas-ventre devint de plus en plus volumineux, et prit tout à fait la forme de celui d'une femme enceinte. Elle crut en même temps ressentir quelques mouvements du fœtus. Il en fut ainsi jusqu'à ce que l'époque de l'accouchement fût arrivée. Le ventre était distendu également et élevé comme au sixième mois de la grossesse. Je commençai alors à concevoir quelques doutes fondés sur l'existence d'une grossesse vraie, quoique la femme assurât toujours qu'elle ressentait le mouvement de l'enfant et que les mamelles fournissaient par une pression légère une sérosité laiteuse. Elle fixa son terme à trois mois. Mais cette époque se passa également sans incident particulier, si l'on excepte que vers la fin elle éprouva une fois des douleurs semblables aux maux de l'enfantement, qui la déterminèrent à me faire appeler. C'est alors que par l'exploration vaginale, je ne trouvai pas un seul signe de grossesse. Malgré cela, et quoique la santé fût tout à fait rétablie, cette dame voulut toujours continuer à sentir des mouvements dans le ventre, quoique pas de la même espèce que dans sa première grossesse. Après plusieurs mois, ces phénomènes disparurent spontanément.

D. Parmi les observations que nous avons citées, toutes celles dans lesquelles se sont montrés les efforts d'un faux travail nous ont présenté un caractère commun incontestable. C'est que, à part le cas de simulation, quel qu'ait été le point de départ des phénomènes de la fausse grossesse, affection organique ou purement nerveuse, les simulacres d'accouchement ont toujours été le résultat d'une préoccupation exclusive, d'une véritable idée fixe exerçant son influence sur les sensations et les actes des femmes. De là, à une conception monomaniaque, à un véritable délire partiel, il n'y a en réalité qu'une bien petite différence. Et, en effet, c'est parmi les aliénées qu'il faut chercher des faits comparables à ceux que nous venons d'analyser. Il est vrai que l'état de l'organisme et les phénomènes locaux qui accompagnent les grossesses apparentes rendent l'illusion plus facile et fournissent à l'imagination un prétexte réel ; mais ce mélange du vrai et du faux, de faits physiques bien positifs et de conceptions délirantes, est extrêmement fréquent dans la folie. Le point de

départ d'une hallucination ou d'une fausse sensation est très-souvent dans une lésion organique appréciable. C'est ce qui a pu arriver chez la femme qui s'est présentée à notre observation, et son imagination a tout à la fois exagéré les accidents qui existaient par eux-mêmes, et enfanté de nouveaux phénomènes purement volontaires. Dans d'autres cas, plus simples mais qui paraissent assez rares, aucun signe de grossesse n'existe, et l'accouchement supposé n'est qu'un des mensonges du délire. Mais, je le répète, ce n'est pas là une forme bien fréquente de la monomanie; ou du moins les cas publiés sont très-peu nombreux. Il n'en existe pas un seul dans l'ouvrage si plein de faits de M. Brierre de Boismont, ni dans le livre de M. Leuret, où l'on trouve cependant indiqués des exemples d'hommes se prétendant femmes, et *vice versâ*. Cet auteur dit seulement que plusieurs femmes de la Salpêtrière se croient enceintes des œuvres d'un M. Lefèvre, qui n'est autre qu'une femme se croyant homme. M. H. Bayard, dans sa dissertation inaugurale qui est restée comme une des meilleures monographies que possède la science médico-légale, mentionne le fait suivant :

Obs. XVII. — *Accouchements prétendus chez une aliénée.* — A Charenton, une malade accouche presque toutes les nuits de six enfants. Elle ressent les douleurs de la parturition. Outre l'incohérence des idées, le délire érotique est très-marqué chez cette aliénée, qui recherche autant les femmes que les hommes.

L'honorable docteur Calmeil, dans l'important ouvrage qu'il vient de publier, et qui est un modèle d'observation attentive et de profonde érudition, signale trois faits bien précieux pour le sujet qui nous occupe.

Obs. XVIII. — *Accouchement prétendu chez une aliénée.* — Une parente de saint François de Sales se figure, pendant le veuvage, qu'un enfant remue dans son sein et qu'elle va devenir mère. Un soir, cette veuve dont la conduite avait été irréprochable, et qui, sous tous les autres rapports, ne semblait pas déraisonnable, se mit à pousser des cris comme une femme qui est dans les douleurs de l'enfantement. La nuit entière se passa au milieu de ces fausses sensations.

Obs. XIX. — Une fille âgée de plus de 60 ans, qui se dit mariée secrètement à un vieux médecin, se mit au lit un matin, il n'y a pas encore un an, et fit toutes ses dispositions pour accoucher commodément. Les plaintes, les cris, se prolongèrent jusqu'au soir, au milieu des éclats de rire des autres aliénées que cette scène inattendue égayait singulièrement. Vingt fois cette monomaniaque m'avait fait part de son état de grossesse,

dont à présent elle évite soigneusement de parler, dans la crainte qu'on en fasse un sujet de plaisanterie.

Obs. XX. — Une autre malade, jeune encore, a renouvelé plus de vingt fois à ma connaissance la scène dont il vient d'être fait mention. Celle-ci était si bien convaincue qu'elle était accouchée en réalité, et que chaque fois on lui dérobait son enfant, qu'à la suite de ces enfantements imaginaires elle ne manquait jamais de rester plusieurs jours de suite dans son lit, en s'imposant tous les soins qu'on recommande aux personnes nouvellement accouchées.

Enfin, dans le livre d'Esquirol, on trouve, relativement au sujet qui nous occupe, un fait unique, mais digne du plus haut intérêt.

Obs. XXI. — *Grossesse prétendue chez une aliénée.* — Mademoiselle de..., âgée de 31 ans, d'une taille moyenne, ayant les cheveux et les sourcils noirs, l'habitude du corps maigre, le tempérament nerveux, le caractère mélancolique, la conduite très-régulière, se rend avec sa mère pour entendre le cours de botanique d'un célèbre professeur. Après quelques leçons, mademoiselle de.... se persuade qu'elle est enceinte du professeur, qui est âgé, à qui elle n'a jamais parlé; rien ne peut la dissuader. Elle maigrit beaucoup, ne mange point, est horriblement contrariée de ne plus retourner entendre celui qui l'a rendue mère. Les menstrues se suppriment, ce qui est une nouvelle preuve de grossesse. Les conseils d'une mère tendre et aimée, les médecins, les médicaments, tout est repoussé avec obstination. Mademoiselle de..... passe huit mois à faire une layette. Le neuvième, le dixième mois s'écoulent sans accouchement. Il n'a pas lieu, dit la malade, parce qu'elle n'a pas les coliques ni les douleurs nécessaires. Elle reste debout, les pieds nus, afin de provoquer les douleurs. Elle entend le père de l'enfant qu'elle porte qui l'exhorte à la patience et l'encourage à supporter les douleurs favorables à l'enfantement; elle pousse quelquefois des cris que ne manquent jamais de faire les femmes qui accouchent. D'ailleurs, mademoiselle de..... est très-raisonnable. « Je sais bien que j'ai l'air d'une folle, dit-elle quelquefois; mais il est certain que je suis enceinte. » Rien n'a pu triompher des convictions de cette malade, qui, quelques mois après, est allée mourir à la campagne.

Un autre cas cité par Ambroise Paré pourrait être rapproché des précédents, bien qu'il y ait toujours une grande réserve à garder dans l'interprétation de faits qui ont été observés sous l'influence des idées et des superstitions d'un autre âge.

Obs. XXII. — *Exemple d'illusion diabolique.* — Vne fort belle ieune fille à Constance, laquelle auoit nom Magdaleine, seruante d'vn fort riche citoyen de ladite ville, publioit partout que le diable une nuit l'auoit engrossie, et pour ce regard, les potestats de la ville la firent mettre en prison, pour entendre l'issue de cet enfantement. L'heure venue de ses couches, elle sentit des tranchées et douleurs accoutumées des femmes qui veulent accoucher, et quand les matrones furent prestes de recevoir le fruit et qu'elles pensoient que la matrice se deust ouvrir, il commença à sortir du corps d'icelle fille des clous de fer, des petits tronçons de bois, de verre, des os, pierres et cheueux, des étoupes et plusieurs autres choses fantastiques et estranges, lesquelles le diable, par son artifice, y auoit appliquées pour deceuoir et embabouiner le vulgaire populace, qui adiouste légèrement foy en prestiges et tromperies.

On pourrait être porté à ne voir dans ce fait qu'un exemple de simple simulation, si l'on ne savait à quel point la simulation peut être mêlée avec de véritables phénomènes de folie. Ainsi, dans la première observation de ce mémoire, il est incontestable que les mouvements, les douleurs, les retours périodiques d'un faux travail, sont en grande partie exagérés ou même simulés; mais, d'un autre côté, on ne peut se refuser à voir dans l'ensemble du récit de cette femme, dans son allure, dans la durée de sa prétendue grossesse, dans ce commerce qu'elle établit incessamment entre elle et son enfant quand elle mange pour apaiser sa faim et calmer ses mouvements, quand elle le berce, quand enfin elle se figure l'entendre crier dans son sein, on ne peut se refuser à voir dans tous ces symptômes les caractères d'une aberration d'intelligence, d'une véritable monomanie.

E. Enfin, pour compléter ce que nous avons à dire de ces faux travails et de ces accouchements simulés ou prétendus, nous devons consigner ici un nouvel ordre de faits vraiment extraordinaires, mais bien propres à éclairer, par une analogie frappante, le sujet que nous nous sommes efforcé d'élucider. Il faut bien en effet considérer ces actes comme le résultat d'une aberration des sentiments et de l'intelligence, lorsqu'on les voit se reproduire chez les animaux eux-mêmes, sous l'influence d'une véritable perversion de l'instinct : et c'est ce que l'observation paraît avoir démontré. On en jugera par les faits suivants, qui sont rapportés par Girard, médecin à Lyon, pour appuyer une théorie peu discutable, relative au développement des grossesses dites nerveuses, dont il cite trois exemples tout à fait identiques à ceux que nous avons réunis.

Obs. XXIII, XXIV et XXV. — *Gestations apparentes, suivies de faux travail chez des animaux.* — Une petite chienne qui avait déjà mis bas plusieurs portées fut couverte. Son ventre grossit, ses mamelles devinrent plus volumineuses, et on voyait dans l'abdomen des mouvements prononcés. Au bout de quelques mois, elle fit des efforts comme pour accoucher. Le ventre s'affaissa, les mamelles se remplirent de lait. Cette chienne poussait des cris pour appeler ses petits. Cet état dura quatre jours.

Une chatte, déjà plusieurs fois mère, éprouva absolument les mêmes symptômes de gestation, et ne mit bas aucun petit.

Une vache saillie par un taureau à Ecully, près de Lyon, en imposa par l'accroissement de son ventre jusqu'au huitième mois de la gestation. Cette prétendue gestation disparut du soir au lendemain ; la vache semblait demander son veau. On en trouva un dans le voisinage qu'on lui donna à nourrir.

Sans doute ces faits sont incomplets et ont besoin d'être éclaircis par une observation moins superficielle. Néanmoins il est impossible de ne pas être frappé de ce qu'ils renferment de données fécondes pour l'interprétation de ces anomalies de la grossesse que nous avons voulu étudier. C'est ainsi qu'à chaque pas, à travers les parties les plus obscures de l'histoire des maladies de notre espèce, on sent de quel secours seraient les lumières nouvelles de la pathologie comparée. Rien ne manque ici à la ressemblance entre les phénomènes observés chez la femme et ceux qui se sont présentés chez les femelles de certains animaux domestiques : développement du ventre, gonflement des mamelles, sécrétion du lait, mouvements dans l'abdomen, efforts d'accouchement, instinct de maternité, le tableau est complet ; et quelles que soient les causes organiques que l'on puisse supposer, un intérêt singulier s'attachera toujours au fait en lui-même et aux dispositions instinctives et toutes particulières qu'il révèle.

§ V. — Nous sommes arrivé au terme des recherches que nous avons entreprises, et dans lesquelles nous nous sommes proposé d'établir, d'après les faits, quelques-uns des caractères, quelques-unes des formes des grossesses apparentes et simulées. Si nous essayons maintenant de résumer ce travail et d'en présenter les principaux résultats, nous voyons que la question s'offre sous deux aspects également intéressants : d'une part, étudier les caractères et la marche des fausses gestations d'après les signes nombreux qui les accompagnent ; d'une autre part, chercher dans une interprétation raisonnée des faits le moyen de les

distinguer et de les classer d'après leur véritable nature, d'après les éléments mêmes qui les constituent.

1° Sur le premier point, nous rappellerons que tous les signes de la grossesse véritable, à part le bruit du cœur du fœtus, peuvent être observés en l'absence de la grossesse, depuis le développement du ventre et des seins jusqu'aux mouvements et aux efforts de la parturition.

2° Pour le second, nous pensons que les signes qui caractérisent les grossesses apparentes doivent tous se rattacher, comme point de départ, soit à une affection organique, soit à une affection nerveuse, le plus souvent hystérique, soit à la simulation, soit à la folie.

3° Ces signes, par eux-mêmes, sont des phénomènes purement physiques et par conséquent très-réels. Mais nous avons vu que presque toujours un autre élément venait s'ajouter à eux pour constituer l'état de prétendue grossesse. Cet élément, lorsqu'il n'y a pas simulation volontaire, circonstance d'ailleurs assez rare, n'est autre que l'illusion raisonnée, le travail de l'imagination, l'aberration de l'entendement. C'est de là que découle toute la série des actes qui aboutissent au simulacre du travail de la délivrance.

4° Le médecin légiste devra envisager, sous toutes ses faces diverses, le problème difficile et complexe des fausses grossesses. Il reconnaîtra qu'il n'est pas de signe en apparence si certain qui ne puisse appartenir à tout autre état qu'à la grossesse. Il saura de plus tenir compte de cet élément, moral en quelque sorte, qui vient s'ajouter aux conditions organiques les mieux définies, et qu'il serait injuste de mettre toujours sur le compte de la volonté. En un mot, dégageant la vérité de toutes les causes d'erreur qui l'obscurcissent, il ne s'attachera qu'à l'ensemble des signes locaux, directs, appréciales aux sens, tels que le développement de la matrice constaté par le toucher, le ballottement et l'auscultation des bruits du cœur du fœtus. Peut-être encore, dans plus d'une circonstance, le doute sera-t-il le parti le plus sage.

5° Enfin, qu'il nous soit permis de le dire en terminant, la connaissance des différentes formes de fausses gestations et des phénomènes si variés qui les accompagnent n'est pas seulement intéressante au point de vue de la constatation de la grossesse, elle l'est encore comme étude physiologique et pathologique des contractions musculaires du ventre, des convulsions partielles, et de certains autres états morbides ; comme exemple d'une forme particulière de la folie ; et enfin comme preuve nouvelle des rapports qui unissent la pathologie de l'homme à celle des animaux.

## 27. MÉDECINE LÉGALE. *(Revue.)*

(Gazette médicale de Paris, N° 13, 1846.)

*Assassinat d'un jeune garçon; accident simulé.*

Le nommé Pierre Durand, habitant de la commune de Cercié, comparaissait devant la Cour d'assises du Rhône, sous l'accusation d'avoir assassiné un jeune garçon de 12 ans, fils du premier lit de la veuve Villon, devenue son épouse. Voici dans quelles circonstances le crime fut accompli :

Le 5 juin 1845, la femme Durand étant absente, un des enfants Durand sortit de chez lui pour appeler au secours, annonçant que Joseph Villon s'était assommé en tombant d'un escalier. J. Villon gisait à terre, au bas d'un escalier situé dans la remise. Les jambes étaient étendues du côté du midi, entre l'escalier et un pétrin qui en était à peu de distance ; la tête, placée au nord, reposait sur l'oreille droite ; le visage, qui n'était point tourné contre terre, regardait le dessous de la montée ; le corps était auprès d'une espèce de banc qui se trouvait au-dessous d'une croisée ouvrant sur un hangar, à une hauteur de 2 mètres 24 centimètres du sol. Un seau, deux marmites et une coquelle étaient à terre en désordre, paraissant avoir été renversés de dessus le banc. J. Villon avait au pied l'un de ses sabots ; l'autre était à quelque distance, près du pétrin. Tout était disposé de manière à faire supposer que l'enfant avait fait une chute de dessus le banc. Au moment où on le releva, il respirait encore ; sa tête était ensanglantée, le sang coulait par le nez et les deux oreilles. En l'étanchant, on reconnut qu'il portait deux blessures, une de chaque côté de la tête, sur les tempes. L'une d'elles seulement laissait couler un peu de sang ; l'autre était beaucoup plus large : mais la peau n'était pas entamée, et elle ne donnait pas de sang ; seulement on la voyait gonfler d'une manière très-sensible. J. Villon ne tarda pas à succomber sans avoir proféré aucune parole ; le lendemain, il fut inhumé.

— Par suite de circonstances qu'il est inutile de rappeler ici, des soupçons s'étant élevés contre le beau-père de la victime, l'exhumation fut ordonnée quatre jours après, et l'examen du cadavre confié à MM. les docteurs Vaulpré et Jacquet. Les phénomènes de putréfaction étant à peine sensibles, il fut aisé de reconnaître et de constater l'état du cadavre. On remarqua d'abord une ecchymose à la jambe droite et une autre dans la région dorsale. La tête présentait les désordres les plus graves : il existait une large déchirure à la tempe droite ; toute cette région était fortement contusionnée depuis le sourcil jusqu'à l'oreille, et on sen-

tait à travers les téguments un craquement et des déplacements de fragments osseux. L'enlèvement de la peau fit reconnaître sur ce point une fracture multiple en éclats, occupant toute la région temporale, et dont les fragments chevauchaient surtout à la partie déchirée au-dessus de l'arcade sourciliaire : cette blessure descendait jusqu'à l'oreille. Du côté gauche, il existait à l'extérieur une excoriation avec ecchymose très-apparente, et sous la peau une fracture radiée, à plusieurs fragments, occupant toute la région supérieure de la tempe : à la différence de la précédente, les éclats de celle-ci ne s'étaient pas déplacés. Enfin, ces deux fractures étaient réunies ensemble par une fissure passant au-dessus des bosses frontales et aboutissant derrière à la partie moyenne de l'occipital.

L'existence simultanée d'ecchymoses persistantes, à gauche comme à droite, établissait d'une manière évidente que ces blessures avaient été faites pendant la vie. Quant à la cause qui les avait produites, les docteurs exprimèrent l'opinion qu'elles pouvaient être le résultat d'un simple accident. Cette opinion ne fut pas partagée par les magistrats, que d'autres renseignements portaient à regarder la mort de J. Villon comme le résultat d'un crime. Ils ordonnèrent en conséquence que la tête serait détachée du corps pour être soumise à un nouvel examen.

Le 18 juillet suivant, cette tête fut en effet soumise aux mêmes médecins, auxquels on adjoignit MM. les docteurs Chapeau et Tavernier. Ils l'examinèrent de nouveau tous ensemble, reconnurent et constatèrent les mêmes désordres qui avaient déjà été signalés, moins ceux appartenant aux parties dont l'altération les força de s'en référer sur ce point aux remarques de la première visite. Le plus important des faits signalés dans ce second rapport, c'est l'état de la boîte osseuse, qui se trouvait tellement ébranlée qu'elle put être facilement enlevée sans autre instrument que les doigts.

Interrogés par les magistrats, les experts répondirent ensemble que les lésions existant sur la tête de J. Villon avaient été produites, pendant sa vie, par un corps contondant à large surface ; qu'elles l'avaient été simultanément ou à très-peu d'intervalle. Sur la demande qui leur fut faite si ces lésions pouvaient être le résultat d'une chute naturelle, de la hauteur de 2 mètres 24 centim., sur le sol carrelé ou non carrelé d'une remise, les docteurs Vaulpré et Jacquet, moins affirmatifs cette fois, répondirent que cela était extraordinaire et invraisemblable, mais à la rigueur possible.

MM. Chapeau et Tavernier tranchèrent nettement l'opinion contraire dans les termes suivants :

« Le fracas des os rend à lui seul cette explication tout à fait invraisemblable, si l'on tient compte des désordres décrits dans les parties molles des plaies, des larges contusions de la peau en des points opposés, des ecchymoses des pavillons des oreilles, et surtout de la droite, ecchymoses qui ne peuvent s'expliquer par le fait des os fracturés, et qui prouvent l'action simultanée ou successive de corps contondants sur les deux côtés de la tête. »

Cette déclaration, rapprochée de la déposition de l'un des témoins qui déclarait avoir entendu des cris indiquant une lutte, et des diverses autres circonstances qui constituaient les preuves morales du crime, ne laissa aucun doute dans l'esprit du jury, qui rendit contre Durant un verdict de culpabilité.

*Mort violente ; blessures à la tête et submersion; doutes sur la cause de la mort; impossibilité démontrée d'un suicide ou d'un accident.*

Le 11 avril 1843, un cadavre fut aperçu entraîné par les eaux de la rivière de la Combade, près du pont de Masléon. Ce cadavre fut reconnu pour être le nommé J. F., vieillard de 86 ans. La cause de sa mort était-elle un crime ou un suicide? Un médecin appelé reconnut les traces de trois blessures à la tête qui ne parurent pas avoir occasionné la mort, à part les accidents qu'avait pu entraîner une commotion violente. Une des blessures, au côté gauche du frontal, paraissait avoir saigné abondamment; elle avait dû précéder l'asphyxie par submersion et provenir d'une chute ou forte commotion : les deux autres plaies n'étaient que des déchirures. La mort fut attribuée à un suicide ou à un accident, et on ordonna l'inhumation. Pourtant des doutes s'élevèrent sur la cause de cette mort. Un accident paraissait peu probable, et rien ne pouvait l'expliquer : l'âge du défunt, ses mœurs, toutes les circonstances connues de son existence, éloignaient davantage encore toute idée de suicide. A ces circonstances morales venaient se joindre des preuves matérielles de l'impossibilité d'un suicide. J. F. était atteint de douleurs rhumatismales telles, que depuis trois mois il n'avait pu se rendre à l'église, peu distante de son habitation. Pour franchir le seuil de sa porte, élevé d'une marche, il lui fallait des efforts considérables qui lui arrachaient parfois des cris de douleur. Il ne se traînait qu'avec peine à l'aide d'un bâton, et pour aller à la rivière, il y avait un long trajet à faire, et il n'était pas supposable qu'il eût pu le faire seul. Ces circonstances, jointes à d'autres

qu'il serait inutile de rappeler ici, en éloignant toute idée d'accident ou de suicide, déterminèrent la justice à se livrer à une enquête. On ordonna l'exhumation et l'autopsie du cadavre.

Voici quel fut le résultat de ce second examen :

Les médecins constatèrent, outre les lésions que nous avons fait connaître, l'existence d'une double congestion cérébrale et pulmonaire, et la présence d'une certaine quantité d'eau dans l'estomac. Ils pensèrent que la mort pouvait être l'effet d'une congestion cérébrale occasionnée par une chute violente sur la tête ou l'action d'un corps contondant, observant néanmoins que l'existence d'un liquide aqueux dans l'estomac, que la congestion du cerveau, des viscères thoraciques et abdominaux, auraient pu être le résultat d'uae asphyxie par submersion, asphyxie qu'il ne fut pas possible d'apprécier d'une manière rigoureuse, vu l'absence de plusieurs signes qui la caractérisent et les changements qu'avait opérés la putréfaction. Les personnes qui avaient retiré le cadavre de la rivière déclaraient, de plus, que les mains n'offraient pas la contraction ordinaire chez les noyés.

Depuis, ce rapport fut soumis à l'examen de trois nouveaux médecins qui déclarèrent reconnaître pour exacts les faits consignés dans le rapport, et conclurent en ces termes : 1° J. F. ne s'est pas noyé ; 2° il est mort des blessures qu'on lui a faites à la tête ; 3° il était privé de vie quand on l'a jeté à l'eau. Il était donc évident que la mort était le résultat d'un crime. Les investigations de la justice amenèrent à reconnaître les auteurs du crime, et les débats, en établissant la culpabilité, démontrèrent l'exactitude de la déclaration des experts.

*Assassinat par strangulation ; preuves irrécusables déduites de l'examen du cadavre.*

Le nommé Antoine B..., âgé de 65 ans, fut trouvé le 22 janvier dernier, entre sept et huit heures du matin, étendu mort dans son lit. Il était couché sur le dos, le bras gauche écarté du corps et la main droite à demi fermée, reposant sur la poitrine. Tout paraissait en ordre dans le coucher et autour du lit : les draps et les couvertures étaient régulièrement étendus sur le corps ; une petite fiole en verre blanc, encore remplie d'eau-de-vie, au tiers environ, se trouvait dressée sous l'aisselle gauche du défunt. Mais la figure et le cou de la victime étaient couverts d'un grand nombre d'excoriations profondes : on n'y voyait cependant aucune trace de sang, la figure était même propre et paraissait avoir été lavée. On examina les ongles du cadavre pour reconnaître si c'était le défunt lui-même qui s'était meurtri et déchiré

le visage de ses propres mains ; mais on n'y trouva aucune parcelle de chair ni aucune trace de sang. Enfin, on ne trouva aucune trace de sang ni sur la chemise ni sur les draps de lit.

A la simple inspection du cadavre, les premières personnes appelées à constater le fait, bien qu'étrangères à la médecine, n'hésitèrent pas à considérer la mort d'Antoine B. comme étant le résultat d'un assassinat. Des médecins furent chargés de préciser, par un examen minutieux et par l'autopsie, l'état du cadavre de B. et les causes de sa mort. Les observations et les conclusions des hommes de l'art se résument aux principaux points suivants :

Indépendamment des excoriations, plaies, contusions et ecchymoses multipliées dont la figure du défunt était couverte, son nez avait été comprimé si violemment qu'il était dévié. A l'intérieur de la bouche existaient aussi de petites lésions, résultat d'une pression convulsive. Le cou avait été serré avec tant de force que quelques-uns des arceaux cartilagineux du larynx avaient été rompus. Il était évident que des mains criminelles s'étaient efforcées, l'une de fermer la bouche et le nez, l'autre d'agir sur la gorge, de manière à intercepter le passage de l'air ; aussi l'état du cerveau et des poumons gorgés de sang indiquait que le défunt avait succombé à une asphyxie par strangulation.

Il n'était pas possible d'admettre que B. se fût fait à lui-même, en se suicidant, les blessures qu'on remarquait sur lui ; il avait donc péri victime d'un attentat. Ils signalèrent en outre une large contusion violacée sur la face dorsale de la main gauche, dont la face palmaire était intacte. Deux autres excoriations légères, placées chacune sur la partie antérieure de chaque jambe du cadavre, paraissait s'accorder exactement avec l'hypothèse d'une personne qui, tenant sous elle le défunt étendu sur le lit, aurait eu son genou droit sur la main gauche de la victime, tandis que la pointe de ses chaussures venait froisser les jambes de celle-ci, un peu au-dessous des genoux.

L'examen des meurtrissures du visage et du cou confirma l'opinion émise par d'autres témoins, que ces parties du cadavre avaient été lavées après la mort ; on n'y trouva aucune trace de sang coagulé.

On ne trouva dans l'estomac aucune liqueur alcoolique : d'où la conséquence qu'encore bien que l'on eût trouvé une fiole contenant de l'eau-de-vie, dressée sous le bras gauche du défunt, il n'en avait réellement pas bu peu de temps avant de mourir.

Les conclusions de l'expertise se déduisent d'elles-mêmes.

## 28. POLICE MÉDICALE. (*Revue.*)

(Gazette médicale de Paris, N° 15, 1846.)

*Remèdes secrets.*

*L'article* 36 *de la loi du* 21 *germinal an* XI, *en prohibant l'annonce de remèdes secrets, en prohibe à plus forte raison la vente et le débit.*

Cette interprétation de l'article précité ressort d'un arrêt que vient de rendre récemment la Cour royale de Paris, dans une affaire dont nous empruntons les détails au journal le *Droit*, du 27 février dernier.

Le 12 juin 1845, une commission de l'École de pharmacie, assistée d'un commissaire de police, procéda à une visite dans l'appartement occupé par M. le docteur D. de Saint-P. et dans la pharmacie tenue par M. D. dans la même maison. Un certain nombre de bouteilles de sirop et de boîtes de pilules, portant pour étiquettes le nom du pharmacien avec ces mots : « Préparé selon la formule du docteur D. de Saint-P., » furent saisies et soumises à l'examen d'experts qui constatèrent que le sirop et les pilules ne se trouvaient pas au codex, et, n'ayant pas été préparés sur ordonnance spéciale d'un médecin, constituaient des remèdes secrets. M. D., ayant justifié que ces remèdes avaient été préparés par son prédécesseur, fut mis hors de cause, et M. D. de Saint-P. fut seul renvoyé en police correctionnelle, sous la double prévention d'exercice illégal de la pharmacie, d'annonce et de vente de remèdes secrets.

En première instance, il fut acquitté sur le premier chef ainsi que sur la prévention d'annonce de remèdes secrets, mais condamné à 500 fr. d'amende pour débit et vente de ces remèdes. Par suite d'appel de ce jugement, M. D. de Saint-P. se présentait, les 18 et 26 février derniers, devant la Cour royale de Paris.

L'avocat soutenait, en faveur de son client, que la simple possession de remèdes secrets ne pouvait être assimilée à la vente, qui, dans l'espèce, n'était nullement prouvée; il soutenait que le chef d'annonce ayant été écarté par les premiers juges, le fait d'avoir vendu et débité des remèdes secrets n'était passible d'aucune peine, l'article 32 de la loi de germinal an XI ne portant aucune sanction, et il invoquait à l'appui de cette thèse la jurisprudence constante de la Cour royale de Paris.

Mais la Cour, sur les conclusions de M. l'avocat général Lenain, revenant sur cette jurisprudence et adoptant celle de la Cour de cassation, qu'elle avait repoussée jusqu'ici, a, tout en infirmant la sentence des premiers juges, prononcé un arrêt de

condamnation basé uniquement sur la vente et le débit des remèdes.

Nous croyons devoir reproduire cet arrêt, qui, consacrant sur ce point important de police médicale et pharmaceutique l'accord des deux premières Cours du royaume, fixe pour l'avenir le sens de l'article 36 de la loi du 21 germinal.

La Cour, considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats que D. de Saint-P. a vendu et débité en 1845, par l'entremise de D., son prête-nom, un sirop et des pilules qui, ni conformes aux formulaires ou codex légalement rédigés et publiés, ni achetés et rendus publics par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810, ni composés pour chaque cas particulier sur la prescription d'un médecin, doivent être réputés remèdes secrets ;

Considérant que ce fait constitue une contravention à l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, lequel, en prohibant l'annonce des remèdes secrets, prohibe à plus forte raison la vente et le débit de ces remèdes, ainsi qu'on doit l'induire non-seulement de l'ensemble des dispositions de cette loi, mais aussi de celles du décret du 23 prairial an XIII, qui, dans son article 1er, place sur la même ligne la prohibition de vendre des remèdes secrets et la prohibition de les annoncer, comme résultant toutes deux de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI ;

Considérant que la peine applicable à cette contravention est celle portée par la loi du 29 pluviôse an XIII contre toute personne ayant contrevenu à la disposition de l'article 36, et non celle que prononce l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777 contre ceux qui, n'étant pas pharmaciens, ont fabriqué ou débité des médicaments, en contravention à la première de ces lois.

Infirme, en ce que les premiers juges ont condamné D. de Saint-P. à l'amende portée par l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777 ;

Et le déclare coupable d'avoir vendu et débité des remèdes secrets, en contravention à l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, et, lui faisant application de cet article ainsi que de la loi du 29 pluviôse an XIII, le condamne à 500 f. d'amende et aux dépens.

*Exercice de la pharmacie sans diplôme ; médicaments altérés ; double responsabilité.*

Les nommés André S. et D. comparaissaient devant le tribunal correctionnel de la Seine sous la double inculpation d'exercice de la pharmacie sans diplôme et de possession de drogues altérées.

Voici le résumé des faits qui motivaient l'accusation : André S., non pharmacien, étant devenu propriétaire d'un fonds d'herboristerie qui contenait une assez grande quantité de préparations médicamenteuses, s'était adjoint le pharmacien D. , qui, moyennant une rétribution, s'installa dans sa maison et se chargea de tout ce qui regardait le débit des préparations pharmaceutiques.

Plusieurs ordonnances ayant été exécutées contrairement aux règles de l'art par S. en l'absence de D., et des accidents étant résultés par suite de l'administration de ces préparations, S. fut poursuivi pour ce fait. Une commission d'experts ayant en outre constaté qu'un certain nombre de drogues et de médicaments officinaux , en dépôt dans la pharmacie, étaient ou détériorés ou mal préparés, et non conformes aux prescriptions du codex , quoique ces produits appartinssent à S., D., comme légalement responsable des infractions aux lois de la police de la pharmacie, commises pendant le temps que l'officine dont il s'agit a été sous son nom et sa direction, eut également à répondre de ces infractions devant le tribunal correctionnel. Ils furent condamnés chacun à 500 fr. d'amende et aux dépens, et la destruction des remèdes saisis ordonnée.

Il résulte de cet arrêt ce double fait : d'une part, que le pharmacien titulaire qui tient en son nom et dirige une pharmacie dont il n'est que le dépositaire, n'abrite pas le propriétaire de cette pharmacie des poursuites dirigées contre les infractions dont ce dernier se serait personnellement rendu coupable ; — d'autre part, que le pharmacien, bien que n'étant pas propriétaire de l'officine, est responsable du mauvais état et de la détérioration des drogues et des préparations qu'elle renferme.

## XII. GÉNÉRALITÉS.

29. *Histoire générale des sept diathèses ;* par F. L. Gaillard , professeur à l'École de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris , N° 14, 1846.)

On doit entendre par *diathèse* une modification pathologique qui se manifeste par des affections variables quant à leur siége , mais identiques par leur nature. C'est, disons-nous, une modification pathologique, c'est-à-dire une altération des organes ou des fonctions *commune à toute l'économie*. L'état morbide n'est pas toujours aussi général ; mais il occupe au moins quelques-uns de

ces éléments qui entrent dans la composition d'un grand nombre d'organes : ainsi le rhumatisme siége dans le tissu fibreux, la diathèse herpétique (1) occupe la peau et les membranes muqueuses. Les affections locales engendrées par ces causes ont toujours ce caractère spécial, qu'elles présentent des formes particulières en rapport avec la diathèse dont elles dérivent. L'ophthalmie simple se distingue de l'ophthalmie syphilitique, celle-ci de l'ophthalmie herpétique et de l'ophthalmie scrofuleuse. Quelques savants chirurgiens ont contesté l'exactitude de ces dénominations et soutenu que la différence des formes dépendait uniquement du siége différent de l'entité qu'ils appellent inflammatoire. Cette objection n'est pas solide. En effet, l'expérience prouve que les causes spéciales produisent si constamment ces formes déterminées, ou, si l'on veut, agissent si généralement sur certains éléments anatomiques, que l'on peut d'avance aux effets reconnaître la cause. La papule scrofuleuse, l'iritis syphilitique, le porrigo des paupières, la vésicule rhumatismale de la cornée, sont des phénomènes connus de tous les praticiens. Certes l'iritis syphilitique se guérit plus sûrement par les pilules de Dupuytren que par un séton à la nuque ; et la photophobie scrofuleuse, si commune chez les enfants, réclame plutôt le fer, la gentiane et le quinquina, que les collyres divers, presque toujours nuisibles en pareil cas (2).

La diathèse n'est pas une simple disposition à la maladie, c'est plus que cela : celui qui est sous l'influence d'une diathèse est souvent dans un état grave, bien qu'il n'y ait encore aucun phénomène local appréciable. Ainsi les individus atteints de vérole constitutionnelle sont souvent bien des mois sans éprouver aucun symptôme de la maladie qui, plus tard, se traduit par des lésions diverses ; ainsi un individu qui vient d'être opéré d'une tumeur squirrheuse peut rester longtemps après la cicatrisation de la plaie sans aucune trace de récidive. Cependant la matière cancéreuse ne tardera pas à se déposer en quelque point ; elle hésite en quelque sorte, et si un agent extérieur vient à déterminer une

(1) Nous réunissons sous le titre commun *dartres, affections herpétiques*, la plupart des éruptions chroniques de la peau, eczéma, pemphygus, pytiriasis, lichen, psoriasis, etc. Ce caractère commun, *la chronicité*, suffit pour en faire une classe très-distincte des affections aiguës, quels que soient les analogues anatomiques.

(2) Cette assertion, quoique suggérée par un principe vrai, n'est peut-être pas très-rigoureuse. Il y a collyre et collyre ; et quoique les remèdes généraux soient ici plus importants que les locaux, l'un ne doit pas exclure l'autre. C'est ainsi que les collyres prolongés d'*eau salée filtrée* (hydrochlorate de soude) réussissent très-bien dans la photophobie scrofuleuse. Nous recommandons ce fait à notre savant confrère. (*Note du rédacteur.*)

stimulation locale, elle se portera de préférence vers cette partie irritée. M. R.... a été amputé pour un cancer encéphaloïde du tibia ; il reste un an bien portant, puis il s'expose à un refroidissement, et gagne une pleurésie : bientôt une couche de matière encéphaloïde épaisse de plusieurs centimètres vient doubler la plèvre. Le cancer est dans le sang, dit le vulgaire, et en ce sens le vulgaire a raison.

Les individus qui ont eu un accès de goutte, des douleurs rhumatismales, une éruption dartreuse à la peau, ne sont guère moins sous l'influence de la diathèse, car il est rare que ces affections ne récidivent pas ; cependant on ne peut affirmer l'existence de la diathèse qu'au moment où des manifestations locales viennent déceler son existence.

Bien des gens ne voient dans chaque maladie qu'une lésion locale, bronchite, gastrite, arthrite, à laquelle on doit adresser toutes les médications ; mais la situation et l'étendue de la lésion anatomique méritent bien moins de fixer notre attention que la cause générale qui peut, à chaque instant, produire une lésion de même nature dans un autre point de l'économie. Une entorse compliquée de scrofule dégénère en tumeur blanche ; une irritation légère de l'estomac amène, sous l'empire de la diathèse rhumatismale, une gastralgie de longue durée, si le médecin qui constate cette affection locale néglige de remonter à la cause qui l'entretient, s'il se contente du résultat obtenu par une première investigation sans rechercher la raison du fait qu'il observe, et dirige au hasard un traitement dont il n'a pas établi les véritables bases.

Les diathèses constituent ce que les anciens appelaient *vice humoral ;* elles diffèrent de ce que l'on appelle *cachexie*. En effet, ce terme exprime un état général de dépérissement, une situation mauvaise et fâcheuse, le plus souvent consécutive à une grave altération organique. Certaines diathèses peuvent donner lieu à la cachexie ; mais cette qualification ne saurait en général s'appliquer ni à un goutteux ni à un rhumatisé.

Il faut encore distinguer la diathèse (état pathologique apparent ou latent) de l'impressionnabilité aux causes morbides ou *vulnérabilité* que peuvent offrir certains appareils ou certains organes. L'état tout à fait normal est rare pour les organes, de même que pour les individus, et la vitalité peut varier au-dessous et au-dessus dans certaines limites sans sortir de l'état de santé. Mais plus on s'éloigne de l'état normal, plus l'organe ou l'appareil devient vulnérable, soit qu'il y ait défaut, faiblesse, inertie, soit qu'il y ait suractivité, excitabilité : dans ces deux

situations, les organes sont plus impressionnables aux causes pathogéniques.

Cette vulnérabilité des organes peut dépendre : 1° d'une disposition congénitale, héréditaire ou non ; 2° des influences hygiéniques, air, climat, nourriture, profession, suractivité ou inertie habituelle de l'organe ou de l'appareil ; 3° de certaines constitutions médicales endémiques ou épidémiques ; 4° de maladies antécédentes qui ont laissé une susceptibilité particulière de l'organe, etc.

On reconnaît cet état de vulnérabilité par l'examen attentif des fonctions et des organes, les commémoratifs de la vie du malade, son éducation, ses occupations habituelles, ses maladies. Bien que les circonstances hygiéniques puissent modifier ces états organiques, on peut dire qu'ils sont de leur nature persistants et peu variables. Celui qui est né avec un poumon irritable ou un mauvais estomac, aura de la peine à rendre à ces organes la vigueur qui leur manque. Considérées en général, les diathèses offrent des *caractères communs*, c'est :

1° D'agir sur plusieurs organes et dans plusieurs régions simultanément ou successivement ;

2° De rester cachées, larvées en quelque sorte pendant un certain temps, et de se manifester ensuite à l'improviste par des lésions locales variées ;

3° C'est de perpétuer les affections aiguës, d'entraver leur marche naturelle, d'empêcher la solution de la maladie et de la conduire à l'état chronique ;

4° C'est encore de persister opiniâtrément tant qu'on n'attaque pas le mal par des moyens généraux.

La diathèse rend presque inutile les médications qui ne s'adressent pas à l'état général, cause réelle des altérations locales;

5° Un dernier caractère, c'est la fréquence des récidives. Le malade qui a été atteint d'une dartre, d'un rhumatisme, d'un ulcère scrofuleux, bien que guéri de la maladie locale, est sous le coup d'une affection nouvelle tant que la diathèse n'a pas été modifiée par des médications convenables.

Toutes les diathèses ne sévissent pas également sur tous les tissus, et cette distinction anatomique a été la source de certaines classifications qui n'ont pas une grande valeur thérapeutique. Chaque diathèse a des organes et des tissus de prédilection : le rhumatisme siége dans le tissu fibreux, la syphilis sur la peau et aux origines des muqueuses, etc... ; mais ces éléments anatomiques étant communs à plusieurs régions, on retrouve toujours le caractère distinctif de la diathèse. C'est qu'elle produit sur des

points très-éloignés les uns des autres des manifestations locales dont l'identité résulte de ce qu'elles alternent, se succèdent et se remplacent entre elles, de ce qu'elles ont des signes physiques et physiologiques analogues, enfin de ce qu'elles sont modifiées par les mêmes moyens de traitement.

Si on compare entre elles ces affections morbides, on voit que les unes, comme la scrofule, la goutte, le scorbut, la diathèse herpétique, et même le rhumatisme, sont toujours primitivement constituées par un état général qui résiste aux lésions locales. La syphilis, au contraire, est toujours consécutive à l'introduction d'un virus par un point quelconque de la surface du corps; pendant un temps assez long, elle ne constitue en réalité qu'une maladie locale. La diathèse cancéreuse débute le plus souvent par une lésion locale qui plus tard devient générale, en infectant toute l'économie par résorption des matières déposées dans la tumeur. Parfois elle commence par un état général, dont les lésions locales ne sont plus que le résultat trop incurable dans cette circonstance.

Quelques-unes des diathèses sont fixes, adhérentes aux organes qu'elles attaquent : elles peuvent se rencontrer en plusieurs points; mais elles quittent difficilement les organes qu'elles ont une fois envahis. Telles sont les affections scrofuleuse, syphilitique, cancéreuse, etc. Les autres sont mobiles, flottantes : elles se déplacent facilement, et changent de siége avec une rapidité singulière. Telles sont les diathèses rhumatismale et goutteuse, et la diathèse herpétique à un moindre degré.

Parfois les diathèses sont tout à fait latentes et se soustraient à toutes les investigations; d'autres fois la présence de la diathèse s'annonce par un trouble dans les fonctions vitales : ainsi malaise général, souffrances vagues, troubles organiques variés, amaigrissement, affaiblissement, décoloration des tissus; puis c'est après un temps variable que surviennent les altérations locales, tantôt, pour ainsi dire, spontanées et sans cause extérieure appréciable, tantôt, au contraire, provoquées par des agents extérieurs. En l'absence de ces manifestations locales, les souffrances vagues que nous venons d'énumérer, le tempérament du malade, ses affections antécédentes, suffisent pour faire présumer l'existence d'une diathèse.

Ces affections ne reconnaissent pas toutes des *causes* du même genre : ainsi la scrofule, le scorbut, dépendent d'une modification profonde apportée de longue main par les agents extérieurs aux solides et aux liquides de l'économie. La syphilis, la diathèse cancéreuse, sont produites par un principe toxique, une cause

matérielle, organique, circulant avec le sang. Le rhumatisme, la diathèse herpétique, la goutte, s'accommodent encore très-bien de cette dernière *explication*. Le rapide transport de la maladie, ses effets multiples et multiformes, semblent vraiment indiquer une métastase humorale. Le mal vient, s'en va, change de place, et occupe successivement, souvent dans un court intervalle de temps, des organes très-différents et très-éloignés les uns des autres. Pourrait-on, par les mots sympathie, phénomènes nerveux, expliquer cette singulière allure? Évidemment non; car ces expressions n'indiquent qu'une inconnue, un X à trouver.

D'un autre point de vue, quelques diathèses, comme la syphilis, le rhumatisme, viennent d'une cause extérieure; d'autres, comme la goutte, sont le produit d'une modification intérieure et secrète de l'organisme.

L'état général préexistant, il ne faut qu'un accident, une irritation, une fluxion produite par les agents extérieurs, pour hâter l'apparition d'une manifestation locale, et fixer dans un point déterminé la cause flottante dans l'économie. Lorsque l'état général a une grande puissance, la plus simple ostéite devient une carie, une contusion du sein produit une tumeur cancéreuse.

Les diathèses sont souvent *héréditaires*, mais en ce sens seulement que les enfants apportent en naissant une disposition organique, une vulnérabilité particulière de certains systèmes, et une susceptibilité particulière à l'occasion de certains agents modificateurs de l'économie.

Sauf quelques cas de rhumatisme et de goutte vague qui ne produisent aucune lésion appréciable, les diathèses provoquent certaines altérations de tissus, telles que fluxions, congestions, engorgements divers, sécrétions variables par leur couleur et leur odeur, ulcérations, productions de matières hétéromorphes, etc. Ces lésions locales ont une importance réelle pour le diagnostic; elles en constituent l'élément principal. En effet, elles présentent constamment dans leurs formes, leur siége, leurs caractères physiques et leur marche, des phénomènes spéciaux en rapport avec la cause qui leur a donné naissance.

Le *pronostic* des diathèses varie suivant la nature de la diathèse, l'intensité de la lésion locale, le siége de cette lésion, l'ancienneté de la maladie, la profession et la position sociale du malade. Des considérations très-pratiques découlent en effet de ces dernières conditions. Lorsque la position du malade permet de disposer de toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique; lorsqu'il a des habitudes tempérantes, que le repos physique et le

repos moral que donne l'aisance,lui sont assurés, le médecin est bien plus certain de ses résultats. Armé de toutes pièces, il ne craint pas d'attaquer les affections les plus opiniâtres, il peut produire dans l'organisme ces profondes modifications qui atteignent le mal dans son principe. Néanmoins, il faut l'avouer, les classes aisées sont plus délicates, plus impressionnables, moins accessibles à l'emploi des médicaments. On peut dire qu'en général les diathèses ont un caractère spécial de chronicité et d'opiniâtreté ; l'état général est difficile à modifier, les moyens que l'on peut employer n'ont qu'une action lente et insensible, les diathèses sont longues à se produire et longues à disparaître : ce fait seul constitue déjà quelque chose de grave.

Les diathèses se compliquent souvent les unes par les autres. Un malade atteint d'une diathèse herpétique peut très-bien contracter une syphilis et un rhumatisme, et être atteint à la fois de symptômes appartenant à ces différentes causes. Cette complication peut donner lieu à quelques difficultés pour le diagnostic : ainsi les douleurs du rhumatisme peuvent se confondre avec celles de la syphilis. L'éruption herpétique du prépuce a été prise pour un chancre. En général, les phénomènes appartenant à chaque cause se dessinent nettement. Nous pensons, avec plusieurs auteurs, que la syphilis fait appel au rhumatisme, et que l'on aurait tort de traiter comme vénériens tous les gonflements articulaires, les douleurs variées qui surviennent à l'occasion des blennorrhagies.

Le *traitement* doit être avant tout général et approprié à la nature de la diathèse ; il comprend plusieurs méthodes :

1° modificateurs spéciaux, ou, pour parler plus exactement, modificateurs plus efficaces, plus souvent, plus utilement employés dans chaque état diathésique ;

2° Evacuants de toute espèce : purgatifs, sudorifiques, diurétiques, vésicatoires, cautères ; les exutoires remplacent la fluxion pathologique, et semblent constituer une fonction supplémentaire ;

3° Narcotiques : ciguë, jusquiame ; ils modifient le système nerveux et la vitalité des organes ;

4° Modificateurs hygiéniques : nourriture, vêtements, insolation, etc. ; ils sont les plus efficaces, à la longue ils amènent un renouvellement des fluides et des solides, et la disparition des vices diathésiques : avec eux on pourrait quasi se passer des médicaments ; mais rien ne saurait les remplacer.

Le traitement local est bien moins utile et tout à fait accessoire ; car la maladie, guérie dans un point, peut se reproduire dans un

autre si la diathèse n'est pas guérie. Il faut prévenir les diathèses quand on a lieu de les craindre, les traiter activement quand elles existent, les prendre toujours en considération dans le diagnostic et le traitement des diverses affections locales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

## 30. *Cliniques chirurgicales.*

(Gazette médicale de Paris, N° 12, 1846.)

Il n'est pas de jour où l'on ne rencontre dans les hôpitaux des cas dans lesquels il serait possible de recourir avec succès à l'emploi d'une méthode simple, inoffensive, et presque toujours efficace, à laquelle on préfère une pratique compliquée, dangereuse, et souvent stérile : nous voulons parler des cas dans lesquels la méthode sous-cutanée pourrait rendre de très-grands services. Parmi les chirurgiens des hôpitaux qui n'ont point recours encore à cette méthode, il y en a qui la dédaignent purement et simplement à cause de son origine; d'autres ne la connaissent pas, ou du moins ils en ignorent le véritable caractère et les applications possibles ; d'autres enfin, après en avoir fait des essais peu satisfaisants, l'abandonnent faute de l'avoir appliquée suivant les règles véritables. Ajoutons néanmoins, par contre, que quelques autres chirurgiens des hôpitaux la mettent en usage et s'en trouvent bien ; mais tous ne font pas connaître avec le même empressement les services qu'elle leur rend. S'il ne s'agissait que du triomphe d'une vérité spéculative, ou d'une satisfaction d'amour-propre pour l'inventeur, on pourrait s'en rapporter au temps et à l'expérience, qui font justice de tout et mettent chaque chose à sa place ; mais il s'agit ici du bien des malades, de leurs souffrances, de leur vie ou de leur mort. On nous pardonnera donc d'insister sur cette question, de signaler les exemples pernicieux, et de montrer ceux qui peuvent servir de guide aux praticiens.

Dans ses *Essais sur la Méthode sous-cutanée*, l'auteur a ramené à deux ordres principaux les diverses applications possibles de cette méthode : les *sections* et les *ponctions*. Nous allons suivre cette division dans notre revue.

### *Traitement des tumeurs sanguines érectiles par les scarifications sous-cutanées.*

Dans une leçon sur le traitement des tumeurs sanguines et des tumeurs érectiles en particulier, M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a passé en revue les différentes méthodes propres

à combattre ces sortes de tumeurs. Il a indiqué successivement l'*ablation*, la *ligature des artères*, l'*acupuncture*, les *fils en séton*, l'*injection des liquides irritants* et la *cautérisation*. Il a discuté les inconvénients et les avantages de ces diverses méthodes, et s'est arrêté à la cautérisation avec la pâte de Vienne. En admettant les motifs qui ont décidé ce chirurgien à donner la préférence à la cautérisation profonde de la tumeur sur les autres méthodes, on est conduit tout naturellement à discuter la valeur comparative du caustique de Vienne et de la méthode sous-cutanée. Précisons d'abord les termes de la discussion.

« Il y a des tumeurs sous-cutanées, a dit M. Robert, qui ont leur siége dans les parties profondes, au-dessous de la peau, sans que celle-ci en soit nullement attaquée : telles sont celles que J. L. Petit a si bien décrites, et qu'il appelle tumeurs variqueuses. Elles apparaissent également, à la naissance, sous la forme de petites taches un peu bleuâtres se montrant à travers les couches cutanées; elles commencent ordinairement par être très-petites, grosses comme une graine de chènevis, par exemple : peu à peu elles s'accroissent dans tous les sens et peuvent acquérir une étendue considérable. La tumeur sanguine de la petite fille que nous avons à opérer est de cette nature et suit une marche analogue. Vous voyez cette petite tumeur bleuâtre, qui occupe la partie supérieure de la région oculo-nasale, s'étendre de la partie supérieure et externe du nez vers l'angle interne de l'œil droit; elle est grosse comme une petite noisette, tout à fait sous-cutanée, car la peau y est complétement étrangère, s'affaisse quand on la comprime, et revient bientôt à elle-même quand on cesse de la comprimer; elle se gonfle sous les efforts de toux, de colère et de surexcitation quelconque de l'enfant, tandis qu'elle s'amoindrit dans l'état de sommeil et de calme; enfin elle a tous les caractères qui conviennent à cette sorte de tumeurs, de manière qu'on ne peut pas s'y méprendre. » — Il s'agit donc de tumeurs *sous-cutanées* qui n'intéressent que peu ou point la peau. Or, quelle est l'indication à remplir dans le traitement de ces sortes de tumeurs? De détruire la lésion vasculaire qui les constitue, ou du moins d'en changer le caractère et la nature. Le caustique de Vienne atteint parfaitement ce but : s'il agit profondément, l'eschare comprend toute l'épaisseur de la tumeur et ne laisse à la peau qu'un tissu de cicatrisation; s'il agit superficiellement, il peut déterminer dans la tumeur encore un travail dont le résultat est l'oblitération des petits vaisseaux. Il faut reconnaître que le caustique de Vienne produit l'un ou l'autre de ces résultats, et finalement la guérison de la maladie; mais à quel prix? Au prix

d'une douleur assez vive, d'une inflammation suppurative, dont il est impossible de calculer rigoureusement les suites (érysipèle, résorption purulente, etc.), d'un traitement long, et finalement d'une cicatrice plus ou moins visible, sinon difforme. Tout cela est incontestable. Nous écartons d'autres inconvénients ou dangers plus faciles à éviter, tels que cautérisation trop profonde, perforations, nécrose, etc., pour nous en tenir aux inconvénients réels, notoires et inséparables de l'emploi du caustique. Une méthode qui n'entraînerait aucun de ces inconvénients ou dangers, et qui aurait la même chance de réussite, serait donc de tout point préférable : or, c'est ce que procure la méthode sous-cutanée.

Le procédé propre à réaliser ce résultat consiste à faire, sous la peau, à travers une piqûre à la base d'un pli cutané, quand ce pli est possible, des scarifications de la tumeur. On divise dans tous les sens le tissu vasculaire morbide, on en détruit la trame pour lui substituer un tissu de cicatrice sous-cutanée proprement dite. Ce résultat, pour le dire en passant, est celui que recherchent les autres procédés, comme les aiguilles, les injections irritantes et les fils en forme de séton.... Mais les scarifications sous-cutanées ont, sur ces dernières méthodes, l'immense avantage de ne donner lieu à aucune inflammation suppurative, et par conséquent à aucun des dangers inhérents à cette inflammation ; de plus, elles ne produisent ni douleur vive, ni traitement long, ni cicatrice difforme. La seule objection qu'on puisse leur faire est de savoir si la méthode sous-cutanée guérit aussi sûrement que le caustique. A cette question, on ne peut répondre que par des faits. M. J. Guérin, d'une part, a opéré, il y a plus de trois ans, à la consultation de l'hôpital des Enfants, une tumeur de ce genre siégeant sur le côté du nez, et il a réussi, après deux applications, à détruire toute vascularité de la tumeur. Il n'en reste plus, après trois ans d'opération, que de très-légères traces dans l'épaisseur de la peau. M. Blandin a pratiqué depuis plusieurs fois la même opération et avec le même succès. Inutile de faire remarquer qu'après les scarifications il est indispensable d'avoir recours à une compression plus ou moins forte. — On voit donc qu'à tout prendre il n'y a aucune raison de préférer le caustique à la méthode sous-cutanée, et qu'au contraire il y en a cent pour préférer cette dernière au caustique. Ajoutons qu'à supposer que les scarifications ne réussissent pas toujours, ce que nous sommes loin d'admettre, au moins pour les tumeurs vraiment sous-cutanées, on serait toujours à temps pour recourir à la cautérisation.

*Traitement des hydarthroses blennorrhagiques.*

On a remarqué, il y a longtemps, qu'il survient parfois des hydarthroses du genou et du poignet pendant le cours des blennorrhagies. Ces hydarthroses ont-elles une relation essentielle avec la maladie de l'urèthre, ou bien ne sont-ce que de simples coïncidences sans rapport de subordination entre elles? Cette question conduit naturellement à celle du traitement des hydarthroses. Le chirurgien (M. Robert) qui nous fournit l'occasion d'examiner ce point de doctrine et de pratique l'a résolu comme il suit : pour lui, comme pour quelques autres chirurgiens, l'hydarthrose qui accompagne ou suit la blennorrhagie uréthrale est une dépendance, une extension ou une métastase de cette dernière. En conséquence, il est d'avis qu'il faut traiter l'une comme on traite l'autre, par la médication générale spécifique. Toutefois, il fait remarquer avec raison que l'expérience n'a pas encore consacré d'une manière irréfragable la justesse de l'induction. Quoi qu'il en soit, et en attendant que la question soit résolue au profit de la science, il importe de chercher à la résoudre au profit des malades. Or, voici à cet égard ce dont nous avons été témoin. Dans deux cas récents d'hydarthroses, l'un du genou, l'autre du poignet, consécutifs à une blennorrhagie, nous avons été appelé à donner notre avis après plusieurs autres chirurgiens. On avait épuisé les médications antiphlogistiques, spécifiques et narcotiques, et à peine était-on parvenu à amoindrir les douleurs, qui avaient été intolérables. Dans l'hydarthrose du genou, nous avons pu ponctionner par la méthode sous-cutanée, et la guérison a été immédiate : on était au dix-huitième jour de l'épanchement. Dans le cas d'hydarthrose du poignet, on avait mis 80 sangsues en trois fois, plusieurs vésicatoires, des bains, des cataplasmes, etc. Malgré ce traitement énergique, les douleurs étaient restées intolérables. Le mal datant d'environ quatre semaines, l'épanchement s'étant en partie résorbé, et l'articulation nous paraissant malade, nous n'avons pas cru devoir recourir aux ponctions sous-cutanées. La guérison s'est opérée lentement sous l'influence des vésicatoires, des purgatifs et du traitement antiblennorrhagique ; mais le malade a perdu en grande partie l'usage du poignet et des doigts. La conclusion à tirer, suivant nous, de ces deux faits, c'est que, dans l'hydarthrose blennorrhagique plus que dans toute autre encore, il faut recourir *immédiatement* aux ponctions sous-cutanées : plus que dans toute autre hydarthrose, le liquide épanché exerce une action fâcheuse sur les surfaces articulaires ; il cause des douleurs violentes, quelquefois atroces ; et le moyen

sur à y porter remède est d'enlever ce liquide. Les ponctions sous-cutanées n'occasionnant pas plus de danger ni de douleur qu'un vésicatoire, quel motif aurait-on de n'y pas recourir immédiatement? Disons même, par occasion, que depuis longtemps nous avons adopté cette pratique pour tous les cas d'hydarthroses uni-articulaires, dès qu'ils ne paraissent pas se résorber au bout de cinq à six jours d'existence. La raison qui nous guide est celle ci : toute matière d'épanchement est un corps étranger au sein de l'articulation, qui tend à détériorer les surfaces avec lesquelles il se trouve en contact prolongé; souvent la présence seule du liquide occasionne des douleurs vives, de la fièvre. Le liquide enlevé, les douleurs disparaissent, et l'articulation est débarrassée d'un ferment chimique plus ou moins antipathique à l'entretien de ses conditions normales.

*Traitement des abcès par congestion.*

On commence à comprendre ce que c'est que la guérison des abcès par congestion : il ne s'agit plus de la prétention absurde qui n'a jamais existé que dans l'esprit d'adversaires d'une sagacité fort douteuse ou d'une bonne foi suspecte, de guérir par la méthode sous-cutanée la maladie tuberculeuse qui fournit le pus des abcès, mais bien de combattre une complication grave de cette maladie, d'empêcher que l'ouverture vicieuse de la collection purulente ne produise des accidents plus graves et plus promptement mortels que le mal principal auquel l'abcès est lié. C'est ainsi que la méthode sous-cutanée guérit des abcès par congestion, et en les guérissant laisse à l'art et à la nature le temps de combattre, d'autre part, la maladie de l'os. Ce point commence à être parfaitement éclairci ; mais, chose singulière, à mesure que la signification et la réalité du résultat s'établissent mieux, on voit une foule de personnes tenter par toutes sortes de moyens d'arriver au même but, et l'on comprend de reste pour quel motif. Les uns s'en tiennent à l'expectation ; les autres font des ponctions pseudo-sous-cutanées, et y glissent un peu d'iode ; d'autres injectent, par les ouvertures spontanées, une solution de nitrate de plomb, ou bien de chlorure de chaux, ces deux moyens comme désinfectants. C'est ainsi que M. Robert, de l'hôpital Beaujon, aurait obtenu la *guérison* d'un abcès par congestion qui s'était ouvert spontanément, au moyen de deux injections chlorurées (solution à 1/8 de chlorure de chaux). Le journal qui rapporte ce fait (1), d'après un autre journal, dit qu'il a suffi que l'injection entrât et sortît pour enlever la fétidité du pus et changer le

(1) *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, mars 1846, p. 113.

caractère de ce liquide, qui, de séreux et fluide qu'il était, est devenu de suite crêmeux et inodore. Les parois du foyer se sont affaissées, et celui-ci s'est trouvé converti en tumeur mollasse *marchant vers l'oblitération*. Mais le journal ajoute que les deux ouvertures spontanées *existent* toujours, et laissent encore échapper de la sérosité limpide. Il faut reconnaître que les *guérisons* produites par tous ces moyens de substitution récente sont tout autres que celles que l'on a contestées si vivement à la méthode sous-cutanée. Pour donner une idée de la différence des unes et des autres, voici une observation sommaire recueillie dans le service de M. Blandin à l'Hôtel-Dieu.

*Abcès énorme (froid ou par congestion) occupant toute la longueur de la cuisse, guéri à l'aide de trois ponctions sous-cutanées.*

Nous devons à l'obligeance de M. Kusko, interne du service, les détails qui suivent.

Obs. — Au n° 16 de la salle Saint-Paul, a été couchée pendant longtemps une femme de 22 ans, portant, depuis six mois au moins, un vaste et énorme abcès occupant toute la face postérieure de la cuisse. Il s'étendait depuis la région fessière jusqu'au voisinage du creux du jarret. Quoique cet abcès se fût développé d'une manière insensible et graduée, on ne put, à aucune époque, déterminer s'il y avait un point osseux (colonne vertébrale, sacrum, os iliaque ou fémur) qui fût malade. Quoiqu'il ne fût pas complétement fixé à cet égard, M. Blandin crut qu'il n'y avait pas lieu d'hésiter à appliquer la méthode sous-cutanée. En conséquence, une première ponction vida ce vaste foyer et fournit environ 2 litres de pus. L'opération ne fut suivie d'aucune espèce d'accident ; pas la moindre apparence de fièvre. La reproduction de l'abcès ayant eu lieu au bout de deux à trois semaines, on réitera la ponction ; il en fut de même une troisième fois : on retira, chacune de ces deux fois, un litre de pus environ. Après la troisième ponction, plus de reproduction du pus ; l'abcès resta complétement oblitéré, et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie de cette grave affection. Depuis sa sortie, elle est revenue à l'hôpital pour faire constater la persistance de sa guérison.

—Un tel exemple n'a pas besoin de commentaires. Depuis longtemps M. Blandin a fait, avec une loyauté qui l'honore, de nombreuses applications de la méthode sous-cutanée, et il compte beaucoup de succès aussi beaux et aussi décisifs que celui que nous venons de rapporter. Que serait-il arrivé si, dans le cas d'un abcès aussi énorme, abcès froid ou par congestion, on eût

fait une large ouverture ou simplement une ouverture directe ? Nul doute que l'air, s'introduisant dans ce vaste foyer, y eût causé des ravages terribles, la viciation du pus, peut-être sa résorption et la mort. Ici pas l'ombre d'un accident. La malade s'est à peine doutée qu'on l'avait opérée. — La méthode compte aujourd'hui bon nombre de faits de ce genre : nous rappellerons, entre autres, un cas qui n'a jamais été publié, et qui a été opéré, il y a trois ans environ, dans le service de M. Breschet, sous les yeux et avec le concours de M. Demarquay, alors interne de la salle. Il s'agissait aussi d'une femme atteinte d'un abcès à peu près du même volume et du même siége. M. Breschet avait reconnu une altération du bord postérieur de l'os iliaque au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Des cautères et des moxas avaient été appliqués pendant plusieurs mois. Une seule ponction sous-cutanée, à l'aide de laquelle on retira plus d'un litre de pus, suffit pour amener l'oblitération du foyer.—Maintenant que d'autres chirurgiens produisent des résultats tout semblables ! Il est permis d'exhumer ceux que d'injustes préventions avaient forcés de se tenir provisoirement à l'écart. C'est une monnaie qui aura définitivement cours.

Les cas qui précèdent sont bien propres à justifier ce que nous avons dit en commençant cette revue : le suivant montre jusqu'où peut aller l'indifférence, sinon l'antipathie à l'endroit de la méthode, et à quelles conséquences cette antipathie peut conduire.

*Spina-bifida traité par l'incision et la section.—Mort après quarante heures de l'opération.*

Il y a fort longtemps que nous avons fait ressortir les avantages de la méthode sous-cutanée appliquée au traitement du spina-bifida, et déjà plusieurs chirurgiens ont réalisé cette application avec succès, notamment M. le docteur Robert, de Beaujon, entre les mains duquel elle a produit une guérison complète. D'un autre côté, les résultats désastreux des méthodes ordinaires ne sont que trop connus. On croirait, quand il s'agit de la vie ou de la mort presque certaine du malade, que toute prévention dût cesser ; que l'amour de l'humanité dût primer l'amour-propre ; qu'une opération susceptible de guérir, vînt-elle d'un homme qu'on a opiniâtrément pourchassé, dût être préférable à celle qui fait périr le malade presque à coup sûr. Il est des personnes qui ne partagent pas ces idées, et qui, pour ne pas s'y rendre, se résignent aux plus déplorables expériences. Quelque regret que nous en éprouvions, il est de notre devoir néanmoins de signaler de pareils exemples, afin que s'il leur

restait quelques chances d'être imités, ils les perdissent complétement désormais. Voici le fait qui nous suggère ces réflexions.

Obs. — Un enfant de 3 mois environ, d'une constitution faible, fut présenté récemment à un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu pour être traité d'une tumeur hydrorachique compliquée de spina-bifida, placée dans la région lombaire. Quoique la peau de la tumeur fût déjà un peu amincie à son sommet, le chirurgien, à cause de la faiblesse du sujet, ne voulut point se charger de l'opération. Il chercha à faire comprendre à la mère qu'elle courrait grand risque de perdre son enfant, et que ce dernier pourrait, au contraire, avec des précautions, vivre en conservant son infirmité. La mère répondit *qu'elle avait encore cinq autres enfants*. Le chirurgien, peu touché de ce considérant, persista dans son refus. C'est alors que cette femme porta son enfant à M. Roux, qui, lui, plus confiant sans doute dans les ressources de son art, et moins rassuré pour l'avenir de l'enfant, le fit entrer avec sa mère dans son service.

La tumeur, du volume d'un œuf, ayant son grand diamètre dans le sens transversal, tendue, fluctuante, transparente, siégeait au devant des dernières vertèbres lombaires.

M. Roux, après s'être renseigné auprès de M. Dubourg, son ancien élève, sur l'opération que celui-ci a fait connaître dans la *Gazette médicale* pour la cure du spina-bifida, procéda de la manière suivante. Il traça d'abord au crayon une ellipse verticale, puis dans cette ellipse il inscrivit un losange très-allongé qui n'intéressait que l'épaisseur de la peau. La tumeur fut rapidement ouverte du côté droit. Un flot considérable de liquide céphalo-rachidien s'écoula (environ 200 grammes). M. Roux appliqua au même instant son doigt sur l'ouverture vertébrale pour arrêter l'écoulement du liquide et prévenir la pénétration de l'air dans le canal. Un aide ayant placé son doigt à la place du sien, M. Roux excisa avec des ciseaux la portion d'enveloppe de la tumeur inscrite dans l'ellipsoïde. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus au moyen de la suture entortillée avec six épingles.

L'enfant, qui avait paru beaucoup souffrir, et qui avait constamment crié pendant l'opération, a succombé le surlendemain.

— Deux mots d'abord sur le côté scientifique de ce fait. A quoi bon avoir appliqué le doigt sur l'ouverture du canal après l'évacuation de 200 grammes de liquide ? Pour prévenir l'entrée de l'air ? cette précaution serait dérisoire. Ne sait-on pas qu'à mesure qu'un liquide s'écoule d'une cavité fermée, l'air entre dans cette cavité et prend simultanément la place du liquide écoulé ?

C'est ce fait incontestable qui sert de base à la méthode sous-cutanée, et c'est à cause de ce fait que les ponctions véritablement sous-cutanées diffèrent essentiellement des autres ponctions, même des ponctions dites *obliques*, avec lesquelles il arrive encore, même à des esprits bienveillants, de les confondre. Quant à la malheureuse expérience de M. Roux, nous ne voulons pas la juger plus sévèrement qu'elle ne l'a été par un journal qui ne passe pas pour être hostile au chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Et pour cela, nous nous bornerons à citer le commentaire de ce journal : « Le devoir de la presse, dit la *Gazette des Hôpitaux*, « est de porter de tels faits à la connaissance des chirurgiens. Il « faut le dire, la pratique parisienne a été entièrement défavo- « rable au procédé de M. Dubourg, qui, dans notre opinion, « désormais trop fondée, doit être rejeté, absolument rejeté. « Il a réussi, nous le croyons, entre les mains de son auteur ; « mais il a contre lui l'insuccès, plus que l'insuccès, la mort, la « mort prompte de plusieurs opérés. Et ce n'est pas, comme on « voit, entre des mains vulgaires, c'est entre les mains les plus « habiles, les plus expérimentées, que l'opération a eu de telles « conséquences. Dès ce jour, une opération qui, en France, avait « été accueillie avec une certaine faveur, doit être rayée du « cadre de la médecine opératoire. Non pas, assurément, que « l'on doive proscrire toute opération suivie de mort dans un cas « ou même dans plusieurs cas (il faudrait proscrire la saignée) ; « mais le raisonnement comme l'expérience protestent contre l'o- « pération dont il s'agit. La ténacité de la vie est moindre à une « époque si voisine de la naissance, et n'y eût-il que cette dé- « perdition instantanée, plus ou moins considérable, du liquide « céphalo-rachidien, c'en serait assez, à part la chance de l'in- « flammation consécutive, pour que le jeune opéré ne pût se re- « lever de l'atteinte violente portée à sa vitalité.

« La ponction *sous-cutanée*, suivie de la compression, a réussi, « pleinement réussi à M. Robert. Si un mode *opératoire* devait « être choisi, c'est celui-là que nous préférerions. » (*Gaz. des Hôp.*, numéro du 14 mars 1846, p. 121.)

*Guérison spontanée des fistules stercorales suite de hernies étranglées.*

Il y a dans tous les cas de guérison spontanément opérée par la nature le germe d'une méthode. Si l'on étudiait attentivement les procédés et les moyens qu'elle met en usage, il serait souvent possible d'en généraliser l'application, ou du moins d'en utiliser le bénéfice pour des conditions pareilles. C'est cette pensée qui

nous engage à rapporter le fait suivant, quoiqu'il ne soit pas sans de nombreux analogues dans la science.

*Hernie inguinale droite; épiplocèle gangrenée; abcès dans le sac; ouverture de la tumeur; excision de l'épiploon; gangrène d'une petite portion du pourtour de l'intestin; fistule; guérison* (1).

Obs. — Barrol (Germain-Marie), ouvrier terrassier, âgé de soixante ans, avait une hernie inguinale droite, datant de plusieurs années. Cette hernie était constamment dehors; mais jamais elle n'avait donné lieu à d'autres accidents qu'à des coliques passagères. Le 16 janvier 1846, sous l'influence d'un effort, cette hernie sortit plus grosse que d'habitude; le malade y éprouva des douleurs vives. Il eut deux vomissements; puis les accidents se calmèrent, et il ne resta plus qu'une douleur assez bornée sur le trajet de la hernie. Durant ce temps, les selles ne furent point interrompues, et le malade rendit par l'anus des vents et des matières comme dans l'état de santé.

Quatre jours après le commencement des accidents, c'est-à dire le 20 janvier, Barrol entra à l'Hôtel-Dieu. La tumeur était alors de la grosseur d'un œuf, mais plus longue; au niveau de la racine des bourses, on y apercevait une sorte de collet; sa racine n'était point pédiculée; au toucher, elle était dure et résistante, n'offrant pas cette élasticité et ces gargouillements que l'on retrouve dans les hernies intestinales. Aussi ces circonstances, jointes à la présence des selles, firent diagnostiquer une épiplocèle étranglée depuis longtemps, mais qui ne l'était plus dans l'état actuel des choses, vu l'absence complète des douleurs. Les jours suivants, la peau était rouge et douloureuse autour de la tumeur; on y sentait une fluctuation qui devint évidente le 24 janvier. Dès lors on soupçonna que l'épiploon gangrené avait développé une inflammation des parties voisines, et qu'il s'était formé un abcès dans le sac.

Le 26, on sentait non-seulement la fluctuation, mais une sorte de crépitation formée par des gaz développés au milieu des liquides altérés. Dès lors, il n'y avait plus à hésiter : on ouvrit le sac herniaire en incisant couche par couche sur une sonde cannelée. On découvrit, en effet, un abcès, du volume d'un œuf, renfermant un liquide purulent très-fétide, au milieu duquel nageait une masse épiploïque gangrenée : elle se présentait sous forme d'un lambeau grisâtre qu'on excisa; puis l'on pansa avec une mèche et un cataplasme. Le lendemain, l'épiploon s'était

(1) Obs. communiquée par M. Ozanam, interne du service.

déplié et se montrait à l'ouverture de l'abcès sous forme d'une masse blanchâtre et désorganisée. On l'enleva de nouveau. Chose remarquable, malgré cette hernie gangrenée, malgré toutes ces incisions et l'action du bistouri répétée à plusieurs reprises, le malade n'eut aucun accident et resta sans fièvre : on le laissa à la diète, lui donnant à peine quelques tasses de bouillon ; un purgatif avait été administré aussi dans les premiers jours. C'est là un bel exemple de l'innocuité des épiplocèles, comparée aux accidents des hernies intestinales. — (Bandage triangulaire, linge cératé.)

Le soir, en le pansant, je trouvai l'appareil mouillé entièrement tout autour de la plaie, un liquide à moitié coagulé, ressemblant à de la gélatine, et dans la plaie elle-même un liquide jaunâtre transparent qui suintait rapidement à mesure que l'éponge cherchait à l'épuiser. L'abondance de cette matière n'était pas suffisamment justifiée par l'étendue de la plaie. Quant à sa nature, elle parut muqueuse ; aussi l'on abandonna l'idée d'une sécrétion péritonéale, et l'on pensa qu'elle était formée par la matière muqueuse de l'intestin, et qu'une anse intestinale, ou l'appendice cœcal peut-être, s'étant présenté caché sous l'épiploon, avait donné lieu à une fistule stercorale très-petite, par laquelle il ne s'écoulait point de matières fécales.

Un pareil exemple se présenta il y a deux ans dans le service de M. Breschet. Il fut pris d'abord pour une fistule lymphatique ; mais la couleur, la consistance des matières, l'écoulement surtout de gaz intestinaux par la plaie dilatée, ne laissèrent plus de doute sur la nature de la fistule. — Revenons à notre malade.

Les jours suivants, le flux muqueux devint de plus en plus abondant ; chaque matin l'on enlevait quelques portions d'épiploon gangrené qui se présentait à l'ouverture. Le 29, surtout, on en retira un lambeau très-considérable. Dès lors il ne fut plus possible de douter qu'il n'y eût une fistule stercorale, car les mucosités coulaient par flots à chaque mouvement péristaltique de l'intestin, et souvent au milieu d'elles s'élevaient des bulles d'air qui venaient crever à la surface. L'odeur devenait d'ailleurs chaque jour plus caractéristique. L'irritation de la peau par le liquide intestinal causa une éruption eczémateuse sur les bords de la plaie et les parties environnantes. On tâcha de préserver la peau de ce fâcheux contact en la couvrant de cérat plusieurs fois le jour, et en absorbant les mucosités sur des linges que l'on changeait souvent.

L'écoulement fut très-abondant jusqu'au 3 février. A dater de ce jour, il diminua beaucoup, la plaie se ferma peu à peu : vers

le 8, elle ne laissait plus rien couler ; néanmoins ce ne fut que le 23 que la cicatrice fut entière. On donna alors au malade un bandage inguinal pour prévenir toute récidive, et il sortit entièrement guéri le 24 du même mois.

— Il est probable que la principale condition du résultat, dans les cas de ce genre, tient, d'une part, à la petitesse de l'ouverture intestinale, et, de l'autre, à l'étendue des adhérences du pourtour de cette ouverture, qui ferment toute communication possible avec la cavité péritonéale. Nous aurons prochainement occasion de publier plusieurs autres faits du même genre qui nous ont été adressés par M. le docteur Maslieurat-Lagémard, ancien interne des hôpitaux.

*Traitement comparatif de l'hydrocèle par les injections iodées et les injections vineuses.*

La discussion de l'Académie sur le traitement de l'hydrocèle a eu au moins pour résultat de montrer l'ignorance où l'on était sur la valeur relative de ces deux méthodes et sur le véritable caractère de leur action. M. Blandin, qui, dans cette discussion, s'est montré aussi bon praticien que dialecticien sévère, n'a pas voulu cependant rester avec ses opinions, sans preuves nouvelles et définitives. Il a commencé dans son service une série d'expériences comparatives ayant pour but d'éclairer la triple question de la douleur, de la sûreté et de l'efficacité des deux modes de traitement. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des faits. En attendant, voici deux cas qui ont été choisis comme offrant le plus grand nombre de conditions semblables, et dans lesquels le résultat, quoique trop limité pour avoir une signification décidée, n'en est pas moins digne de piquer la curiosité des chirurgiens.

Obs. I. — Le nommé Trellet (Claude), âgé de 48 ans, journalier, entré le 14 janvier 1846 dans le service, couché salle Saint-Jean, n° 17, s'aperçut, il y a deux ans environ, sans cause connue, du développement d'une tumeur dans les bourses. Cette tumeur, située à droite, s'accrut peu à peu et de bas en haut. Actuellement elle a acquis le volume du poing ; elle est pyriforme, indolente, non bosselée, et d'une transparence parfaite. Le testicule est situé en bas et un peu en arrière.

Les tuniques du scrotum ne sont point épaissies. En pressant sur la tumeur, le liquide dont on a constaté la présence ne reflue pas dans le ventre.

L'affection dont ce malade est atteint est donc une hydrocèle

sans complication, et offrant au traitement curatif toutes les chances de succès possibles.

Le 16 janvier on pratique l'opération.

La ponction, faite dans le lieu d'élection, livre issue à 250 grammes environ d'un liquide transparent, légèrement citrin. On injecte alors, au moyen d'une seringue, dans la tunique vaginale, le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode. . . . . | 30 grammes. |
| Eau. . . . . | 60 — |

Comme le recommande M. Velpeau, afin de mettre toute l'étendue des parois de la tunique vaginale en contact avec le liquide injecté, on malaxe un instant la tumeur, puis on laisse écouler le liquide.

Sitôt après l'injection, le malade se plaint d'une douleur vive dans les aines, dans la partie antérieure des cuisses, et surtout dans la région des reins.

Le soir, à quatre heures, les souffrances ont cessé ; mais il dit les avoir éprouvées pendant plus d'une heure et demie après l'opération.

La tumeur a alors le volume d'un œuf de poule ; en la serrant légèrement entre les doigts, on éprouve de la crépitation.

Le malade n'a point de fièvre.

Le 17, la partie est plus sensible au toucher ; elle a aussi un peu plus de volume. Il n'y a plus de crépitation. Toujours point de fièvre. Bon sommeil pendant la nuit. On soutient les bourses au moyen d'une compresse placée en forme de suspensoir.

On examine les urines pour voir si elles contiennent de l'iode : pour cela on y verse de la dissolution d'amidon ; puis, en y ajoutant peu à peu de l'acide sulfurique, on voit se former un précipité très-abondant d'un violet très-foncé. Le précipité est dû évidemment à la combinaison d'une certaine quantité d'iode qui, se trouvant d'abord dans les urines à l'état d'iodure, est mis ensuite en liberté par l'acide sulfurique, et forme un composé violet avec l'amidon.

Le 18, à peu près même état. Douleur encore vive à la pression sur tout le testicule ; le cordon n'est pas tuméfié ; les urines contiennent toujours de l'iode.

Le 19, la tumeur est moins douloureuse ; mais, loin de diminuer, elle est un peu augmentée. Le même précipité est encore obtenu dans les urines.

Le 20, le 21 et le 22, la tumeur augmente toujours ; mais la présence de l'iode ne peut plus être reconnue dans les urines.

Le 29 janvier, la tumeur, qui avait presque repris le volume qu'elle avait avant l'opération, semble diminuer un peu ; elle est tout à fait transparente.

Depuis cette époque jusqu'au 12 mars, elle diminue si lentement, qu'à cette dernière date, elle a encore le volume d'un gros œuf de poule. Depuis quelques jours même, elle semble tout à fait stationnaire.

Obs. II. — Pendant le même temps (12 février 1846), entre dans le service de M. Blandin, le nommé Jeannin (François), âgé de 35 ans, journalier, affecté également d'une hydrocèle. Il y a un an que, sans cause connue, cette maladie s'est développée du côté gauche. Chez lui aussi la tumeur a le volume du poing ; elle est un peu en forme de gourde, parfaitement transparente, non bosselée. Les tuniques du scrotum ne sont pas non plus épaissies : c'est donc ici encore une hydrocèle sans aucune complication.

Le 13, l'opération est pratiquée. A la suite de la ponction, il sort environ 220 grammes d'un liquide transparent, sans flocons et un peu citrin. On injecte alors dans la tunique vaginale du vin chaud à environ 45 degrés, jusqu'à ce que cette tunique soit distendue à peu près de la même manière que par le liquide évacué. Le malade se plaint d'une douleur assez vive, se propageant le long du cordon et montant du côté des reins. Deux minutes après, on laisse écouler le vin chaud ; puis on en injecte de nouveau une égale quantité, que l'on fait sortir après le même temps, le plus complétement possible.

On soutient les bourses au moyen d'une compresse passée en dessous et attachée à un bandage de corps. On applique sur elles des compresses imbibées de vin chaud.

Le soir, les douleurs, qui avaient disparu presque de suite après l'opération, reviennent et durent à peu près une heure. La nuit, le malade dort bien.

Le lendemain 14, la tumeur a le volume d'un œuf ; elle est chaude, rouge et tendue, mais peu douloureuse ; il y a de la crépitation. On la recouvre encore de compresses trempées dans le vin chaud.

Le 17, quatre jours après l'opération, elle n'est presque plus douloureuse ; elle n'a pas augmenté de volume, et elle n'est presque plus transparente. Les compresses imbibées de vin chaud sont remplacées par d'autres imbibées d'eau blanche.

Jusqu'au 19, il ne s'opère pas de changement notable ; mais à partir de ce jour jusqu'au 24, jour de la sortie de ce malade, la tumeur a rapidement diminué ; et lorsqu'il quitte l'Hôtel-Dieu,

il n'y a plus qu'un léger gonflement de l'épididyme et de la tunique vaginale (1).

Nous n'insisterons pas sur les conséquences qu'on pourrait tirer de ces deux faits ; le lecteur y pourvoira. Disons seulement que dans d'autres services de l'Hôtel-Dieu, on se livre à des essais analogues. Dans le service de M. Boyer, par exemple, on vient d'obtenir cinq guérisons consécutives avec une simple injection vineuse. Mais ce ne sont là que les premiers matériaux d'une solution que nous donnerons d'une manière plus explicite quand l'expérience aura été suffisamment répétée. Espérons, et mentionnons-en le désir, que l'on essaiera enfin des injections à l'alcool étendu d'eau, ou avec des teintures autres que la teinture iodée, pour savoir enfin si les injections vineuses et iodées ne doivent l'une et l'autre leur efficacité qu'à l'alcool qu'elles renferment.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

### SÉANCE DU 7 AVRIL.

*De la nature des fièvres intermittentes des marais.* — M. Durand (de Lunel) adresse un mémoire dans lequel il expose une théorie de l'essence des fièvres intermittentes des marais. Ce travail fait suite au mémoire que le même auteur a lu dernièrement à l'Académie de médecine sur la théorie de l'intermittence de ces fièvres.

Il voit, pendant leur règne, trois modificateurs intéressant profondément et de longue main l'organisme humain : les *émanations putrides végéto-animales*, l'*humidité* et la *chaleur* : tous trois tendent au même but ; il les examine tour à tour.

1° *Émanations putrides.* On sait, depuis Pringle, que si la putréfaction animale donne presque dès son début la réaction alcaline (ammoniacale), la putréfaction végéto-animale fournit pendant fort longtemps des produits acides pour ne donner que très-tard la réaction alcaline. Aussi, quant aux émanations, MM. les docteurs Meirieu (de Saint-Gilles) ont trouvé en 1828 les caractères acides à de la rosée marécageuse fraîchement condensée (2) ; au lieu que Vauquelin avait, comme on le

(1) Observations recueillies et communiquées par M. Monot, interne du service.

(2) *Influence des miasmes marécageux sur l'économie animale.* Montpellier, 29 août 1839. Thèse inaugurale de M. Meirieu fils.

sait, trouvé le caractère ammoniacal à de la rosée recueillie depuis *six* mois.

S'il en est ainsi, de la matière putride végéto-animale étant absorbée agit nécessairement sur le système sanguin d'après l'influence générale des acides, qui, on le sait, est *sédative ;* de plus, toutes les fois que des produits acides se dégagent d'une décomposition, ils emportent de l'électricité négative (M. Pouillet, M. Becquerel) ; or le sang est électro-positif, d'après les expériences de Bellingeri, Vassali-Eandi et Matteucci, et d'après les démonstrations publiées il y a un an par M. Durand. Le miasme végéto-animal déprime donc profondément l'impression sanguine ; ce qui, du reste, par loi de balancement, augmente l'excitabilité nerveuse cérébro-spinale.

Ces considérations conduisent l'auteur à définir le miasme : il serait constitué par *l'ensemble des produits pondérables* ou *impondérables de putréfaction nuisibles à l'économie.*

La rate doit être profondément influencée par l'agent en question. S'il est vrai, en effet, d'après le système de M. Durand, qu'elle devienne un foyer d'élaboration miasmatique, le miasme sédatif la rendra moins impressionnable, moins réagissante encore qu'elle n'est : de là ses *engorgements* passifs pendant les trois fièvres intermittentes.

2° *Humidité.* L'air humide est aussi un agent de sédation sanguine, car il donne au sang beaucoup d'eau et peu d'oxygène.

3° *Chaleur.* La chaleur produit un effet analogue, en donnant au poumon un air trop dilaté; de plus, elle est, par son impression périphérique, un stimulant direct de l'appareil nerveux de la vie animale.

De cette triple action, dit M. Durand, on peut facilement déduire que l'accès de fièvre résulte : 1° d'*une sédation profonde de l'appareil nerveux de la vie organique*, ce qu'indique bien le refroidissement violent de la première période; 2° d'*une excitation de l'appareil nerveux de la vie animale*, ce qu'indique bien la vive réaction, souvent accompagnée de phénomènes cérébraux graves, qui forme la seconde période de l'accès.

L'auteur termine en opposant ces modifications essentielles de l'économie à celles qui doivent être les effets, ici, d'une putréfaction animale ou à produits ammoniacaux, laquelle est excitante et peut se propager aux fluides et aux tissus animaux, là, du froid sec qui, sédatif périphérique, est un excitant interne.

Pour le premier cas, on pressent, dit-il, une opposition radicale entre la *fièvre intermittente paludéenne* et la *fièvre continue typhoïde;* pour le second, une opposition radicale entre la *fièvre intermittente simple* ou *paludéenne* et la *fièvre continue inflammatoire*, y compris la tendance à l'*inflammation.*

*Hydrophobie.* — M. Guyon adresse une note sur les derniers cas d'hydrophobie observés en Algérie. Depuis 1842, époque à laquelle il signala à l'Académie les cas d'hydrophobie observés depuis la possession, de nouveaux cas s'y sont présentés. On en compta jusqu'à 5 en 1844, dans la province de Constantine. Le mois de janvier de cette année en a offert un nouveau sur la personne d'un vétérinaire de la province d'Oran. Sa maladie se déclara spontanément, et sa durée ne fut que de deux jours. Ce cas d'ydrophobie est le dixième observé en Algérie depuis 1836. Tout récemment encore, deux autres cas de la même maladie ont été vus sur le cheval : l'un dans la province d'Alger, et l'autre dans celle d'Oran. Ces deux animaux avaient été mordus aux naseaux par un chien reconnu enragé. Des vétérinaires consultés, à l'occasion de la morsure de l'un de ces animaux, sur les suites que pouvait avoir cette morsure, furent d'avis qu'il n'y avait rien à faire, les animaux herbivores, d'après les idées reçues, n'étant pas susceptibles de rage. La morsure fut donc abandonnée à la nature. Soixante jours après, le cheval offrit tous les symptômes de l'hydrophobie. Dans cet état, il mordit un homme à la main gauche ; il lui fit trois plaies : une à la face dorsale, une au médius, et l'autre à l'annulaire. Mis en rapport peu après avec un cheval morveux, il se rue sur lui et le mord avec acharnement sur plusieurs points du corps. L'homme et le cheval mordus sont en observation.

Ces deux derniers cas d'hydrophobie, ajoute M. Guyon, doivent mettre hors de doute la possibilité du développement de l'hydrophobie sur les animaux herbivores.

SÉANCE DU 15 AVRIL.

*Influence nulle du magnétisme sur la circulation des végétaux.* — M. Dutrochet lit une note ayant pour titre : *Le magnétisme peut il exercer de l'influence sur la circulation du chara?*

En 1837, M. Dutrochet avait fait, de concert avec M. Becquerel, des expériences sur l'influence qu'exerce l'électricité sur la circulation du chara. En soumettant une tige ou plutôt un mérithalle de chara à un courant électrique assez faible, et parcourant ce mérithalle dans le sens de sa longueur, la circulation continue dans ce mérithalle jusqu'à ce qu'on l'ait soumis à l'action d'un courant assez fort pour l'arrêter, et cela en augmentant successivement le nombre des couples de la pile. La cessation de la circulation ne dure, dans ce cas, que pendant quelques minutes, et le courant électrique conservant l'intensité qui a opéré la cessation de la circulation, celle-ci recommence ou se rétablit spontanément. Une nouvelle augmentation du nombre des couples de la pile, c'est-à-dire une nouvelle augmentation de l'intensité du courant

électrique, détermine une nouvelle suspension de la circulation qui se rétablit spontanément quelques minutes après, malgré la continuité de l'intensité du courant électrique qui avait occasionné la suspension. Les mêmes phénomènes de suspension de la circulation et de son rétablissement spontané s'observent également en soumettant le chara à des courants électriques diminués successivement d'intensité, en sorte qu'il suffit que le courant électrique subisse un changement suffisant en intensité, soit dans le sens de l'augmentation, soit dans le sens de la diminution, pour que la circulation du chara, soumis à ces influences électriques, soit suspendue pendant un certain temps, après lequel elle se rétablit spontanément, malgré l'influence continuée du courant électrique qui avait occasionné sa suspension.

Cette influence de l'électricité sur la circulation du chara est entièrement semblable à celle qu'exercent sur cette même circulation toutes les causes *excitantes*. Il résulte effectivement des observations réitérées qu'a faites M. Dutrochet, soit avec de l'eau élevée à une haute température, soit avec de l'eau salée et autres excitants, que sous l'influence de ces causes la circulation du chara diminue de vitesse ou cesse tout à fait, et qu'elle se rétablit avec une vitesse souvent supérieure à sa vitesse initiale après une suspension d'une certaine durée, et cela par une véritable réaction de la force vitale contre la force extérieure avec laquelle cette force vitale tend à se mettre en *équilibre*. Il résulterait de là que la force vitale qui opère la circulation, et la force électrique, sont deux forces différentes.

Dans la présente note, M. Dutrochet s'est proposé de chercher s'il en est de même de la force magnétique, qui n'est qu'une modification particulière de la force électrique. Il a soumis à cet effet une tige de chara vulgaris à l'action d'un électro-aimant animé par 20 couples d'une pile de Bunsen. Voici à quel résultat il est arrivé. Il lui a été démontré que la force magnétique, même lorsqu'elle est prodigieuse, n'exerce aucune influence sur la circulation du chara. Il n'existe donc aucun rapport entre la force vitale qui produit cette circulation et la force magnétique.

Il résulte de ces recherches que la force vitale qui opère la circulation du chara n'est point la force électrique, puisque celle-ci agit sur cette circulation comme une autre cause *excitante*, et que cette force vitale n'a aucun rapport avec la force magnétique, puisque celle-ci est dépourvue de toute influence sur cette même circulation.

Une autre conséquence découle encore des recherches auxquelles s'est livré M. Dutrochet sur ce sujet : c'est que toutes les causes dites *excitantes* sont *débilitantes* ou *sédatives* par leur effet *primitif* et *direct*, et qu'elles ne sont *fortifiantes*, *stimulantes*, *toniques*, que par leur effet *secondaire* ou *indirect*, que par l'effet de la *réaction*

*vitale* qu'elles occasionnent, soit instantanément, soit avec quelque retard.

*Influence du régime pénitentiaire sur la santé.* — M. Fourcault adresse un mémoire manuscrit d'une grande étendue, ayant pour objet l'étude de l'influence du régime pénitentiaire sur le physique et le moral de l'homme, et sur les moyens d'en diminuer les inconvénients.

Au premier rang des effets morbides de la réclusion prolongée, l'auteur place les scrofules et la phthisie pulmonaire. La fréquence de ces maladies et le chiffre de la mortalité sont en raison, dit-il, de l'encombrement dans les maisons de détention et de l'étroitesse des cellules dans les pénitenciers. Dans ces conditions, la mortalité peut atteindre le chiffre de 12 p. 100, et parfois elle est encore plus considérable ; tandis que dans les colonies agricoles elle s'élève rarement au-dessus de 2 p. 100.

L'auteur examine successivement toutes les circonstances qui peuvent concourir, avec le fait de la réclusion dans des espaces rétrécis, à l'altération de la santé, et ses observations le conduisent à des résultats à peu près conformes à tout ce que l'on connaît déjà sur ce sujet.

## SÉANCE DU 20 AVRIL.

*Double mouvement d'expansion et d'affaissement des organes sous l'influence de la circulation.* — M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire présente, au nom de M. Piégu, une note sur les doubles mouvements observés aux membres, et comparés aux doubles mouvements du cerveau.

Des expériences, exécutées dans toutes les conditions de précision et d'exactitude, démontrent que les membres sont soumis à un mouvement d'expansion et d'affaissement double, entièrement semblable au mouvement à deux temps que l'on connaît au cerveau. Les mouvements des membres se font aussi en deux temps :

*Premier temps : expansion.* L'expansion des membres, de même que celle du cerveau, est plus prononcée pendant la systole ventriculaire ; elle est surtout exagérée pendant l'expiration.

*Deuxième temps : affaissement.* L'affaissement qui suit, parfaitement marqué durant le repos des ventricules, devient de la plus complète évidence sous l'influence de l'inspiration.

Chaque temps des mouvements se compose à son tour de deux degrés :

*Premier degré : degré faible.* Expansion petite, coïncidant avec les battements du pouls ; expansion ventriculaire.

*Deuxième degré : degré fort.* Expansion large : elle a lieu pendant l'expiration ; expansion expiratoire.

L'affaissement se remarque dans les autres temps de la respiration et de la circulation. Il est à deux degrés comme l'expansion.

*Premier degré : affaissement faible.* Il concorde avec le temps de repos des ventricules.

*Deuxième degré : affaissement le plus caractérisé.* Il coïncide avec l'inspiration.

Les mouvements des membres offrent donc avec les mouvements du cerveau la plus parfaite ressemblance ; ils concordent aussi parfaitement avec les mouvements observés dans les canaux sanguins artériels et veineux. Cette dernière concordance présente surtout de l'intérêt en ce sens que plus un membre ou une portion de membre contient proportionnellement de parties molles, plus il présente manifestement le mouvement d'expansion double ; et comme la proportion des parties molles d'un membre se montre toujours dans un rapport constant avec la richesse du réseau capillaire, on trouve que plus les parties molles sont fournies de vaisseaux, plus les mouvements d'expansion prennent d'évidence.

*Emploi d'un composé de chlore, d'iode et de mercure contre les scrofules.* — M. Rochard adresse un travail intitulé : *Essai d'un nouveau composé de chlore, d'iode et de mercure dans le traitement des affections scrofuleuses.* L'auteur rapporte un assez grand nombre d'observations, dont les résultats lui ont semblé prouver que ce composé, que M. Boutigni a fait connaître et désigné sous le nom de *iodhydrargirite de chlorure mercureux*, agit avec efficacité contre les affections scrofuleuses les plus graves ainsi que les maladies cutanées invétérées. Il dit que c'est après avoir obtenu des guérisons rapides dans des cas de psoriasis, de lichen, d'eczéma chronique, d'herpès, de macules, etc., qu'il a eu l'idée d'en étendre l'emploi au traitement des scrofules. Il cite entre autres des cas de guérison relatifs à des tumeurs blanches avec carie, conduits fistuleux ; à des ganglions volumineux, nombreux, indurés ou ulcérés ; à des ophthalmies chroniques graves, compliquées de kératite ulcéreuse ; à des lupus ulcéreux, des goîtres ; enfin à de vastes abcès scrofuleux, à la suite d'un traitement antisyphilitique. Dans ces divers cas, l'action du médicament a été prompte et constante, quoique s'adressant à des formes variées de maladie. C'est à l'extérieur, sous forme de pommade, que M. Rochard a employé ce médicament.

*Conservation et désinfection par le sulfite de soude.* — M. Adolphe Bobierre revendique la priorité sur M. Sucquet, de l'emploi du sulfite de soude comme moyen de désinfection et de conservation des cadavres. Il a eu recours, dans le milieu de 1844, à ce moyen, dont il a annoncé les propriétés antiputrides dans un mémoire publié en 1845 sur de nouveaux procédés de conservation ; seulement, comme ses procédés, basés sur l'injection, ont principalement pour but la pratique des embaumements sous le point de vue de la médecine légale (sa méthode

dispensant de l'emploi des sels métalliques) ; comme, d'un autre côté, il voulait éviter l'action corrosive de l'acide sulfurique produite par l'oxygénation du sulfite en contact avec les tissus, il n'employait et n'emploie le sulfite de soude que comme complément de son procédé ordinaire, qui, du reste, est tout différent, quant au but, de celui de M. Sucquet.

M. Bobierre ajoute que ses procédés de conservation par immersion peuvent faire espérer une grande économie aux établissements qui emploient l'alcool pour la conservation des pièces, un mélange de 25 parties d'esprit de bois et de 75 parties d'eau convenant parfaitement pour remplacer cet agent préservatif.

### SÉANCE DU 27 AVRIL.

*Sur la pulvérisation des calculs.* — M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire sur un nouveau système de lithotritie dans lequel la pierre est réduite en poudre en quelques minutes, au moyen d'instruments qui, par un mouvement d'oscillation latérale, présentent successivement sur tous les points de leur diamètre, soit des râpes, soit des lames qui la grugent avec rapidité. Ces pulvérisateurs oscillants, dont M. Leroy-d'Étiolles a soumis à l'Académie les premiers essais il y a deux ans, lui paraissent réaliser d'une manière ostensible, et profitable à tous, les résultats annoncés à grand bruit par des novateurs qui, dit-il, s'efforcent depuis quelque temps de pousser la lithotritie dans des voies ténébreuses. Ce système de pulvérisation conviendrait surtout aux pierres solitaires volumineuses. Quant aux pierres multiples et aux petites pierres, M. Leroy-d'Étiolles continue de leur appliquer le système de l'écrasement, en y joignant l'extraction artificielle qui rend la guérison beaucoup plus rapide, et dont, pour sa part, il a fait usage avec succès sur plus de cent malades. Un brise-pierre à cuillers larges et profondes permet d'extraire, à chaque sortie de l'instrument, près de 2 millimètres cubes de débris de pierre ; en sorte que, dans les circonstances favorables, un calcul de 35 millimètres de diamètre (15 lignes) peut être broyé et enlevé en une seule séance.

*De l'extraction immédiate des calculs par les voies naturelles.* — M. Heurteloup lit un mémoire sur le même sujet, intitulé : *De la pulvérisation immédiate et de l'extraction immédiate des pierres vésicales par les voies naturelles.* La première partie de ce mémoire, dont il donne lecture, est exclusivement consacrée à l'extraction immédiate. Il se propose de démontrer, dans ce travail, qu'il est parvenu à exécuter l'extraction immédiate et complète, par les voies naturelles, des pierres vésicales sur un assez grand nombre de malades, dans un temps souvent beaucoup plus court qu'on n'en met ordinairement pour extraire des pierres de même volume par la taille.

Parmi les raisons qui l'ont engagé à chercher les moyens de débarrasser immédiatement les calculeux de leur pierre, au lieu de la briser et de laisser à la nature le soin de l'expulsion des fragments, M. Heurteloup signale les suivantes : 1° c'est que, dans l'opération du brisement simple, toutes les fois qu'une pierre, petite ou grosse, était brisée dans la vessie et y demeurait brisée, il y avait chance que des fragments se perdissent dans cet organe et devinssent inaccessibles aux instruments ; 2° c'est que, dans l'opération du brisement simple, trop souvent les fragments de pierre s'engagent dans le col ou le canal, produisent de graves accidents, et donnent lieu à des opérations secondaires, la plupart infiniment plus pénibles et plus difficiles que l'opération principale ; 3° c'est que trop souvent aussi, dans l'opération du brisement simple, les fragments qui restent dans la vessie donnent lieu par leur présence à des inflammations catarrhales qui, quelquefois fort graves, peuvent mettre la vie en danger ; 4° c'est que parmi les malades affectés de la pierre, il en est un assez grand nombre pour lesquels le brisement simple ne serait que nuisible, s'il n'existait un moyen prompt de les guérir par l'extraction ; 5° enfin c'est que les membranes de l'appareil urinaire enflammées donnent lieu à d'abondants produits de phosphate calcaire. Or, il importe de ne pas faire de la lithotripsie une cause trop grande d'inflammation.

M. Heurteloup s'est proposé en conséquence d'obvier à ces diverses causes d'accidents en cherchant un moyen d'extraire la pierre vésicale immédiatement et complétement. Il expose la série des moyens qu'il a employés pour arriver à son but, série de moyens qui commence à son percuteur courbe à marteau, dont il fait connaître dans ce mémoire les avantages et l'utilité. On se rappelle que, dans le mécanisme de cet instrument, la pierre est saisie entre deux plans, dont l'un est rendu immobile par sa liaison avec le support fixe, et dont l'autre reste mobile. C'est dans ce mécanisme, aussi simple que puissant, qu'il a trouvé le moyen de résoudre son problème. Les premières indications en sont remplies par le moyen auquel il est parvenu, à l'aide de modifications qu'il a fait subir à son instrument, de mesurer toujours le volume de la pierre à extraire, et de le réduire au diamètre des cuillers rapprochées, c'est-à-dire du canal lui-même.

La percussion est l'essence de son nouveau procédé, et il opère, pour fermer les cuillers avec le marteau, de même qu'il le fait pour briser les pierres avec le percuteur. Mais l'usage du marteau exige un point d'appui qui rende fixe et inébranlable l'instrument chargé de la pierre, et qui lui-même, de mobile, devienne fixe et inébranlable. Or, ce point d'appui nécessite un appareil pour le supporter, et dans lequel il puisse se mouvoir et devenir instantanément fixe et mobile à volonté. Il remplit

cette indication par des moyens analogues à ceux qu'il a depuis longtemps fait connaître sous les noms de *point fixe* et *lit rectangle*, et auxquels il a fait subir des modifications importantes appropriées.

Quant au moment de réduire instantanément les calculs en poudre, M. Heurteloup se propose d'en faire l'objet d'une communication ultérieure.

— M. Deleau expose devant l'Académie un nouveau système de lithotritie qui consiste à introduire dans la vessie naturelle une sorte de poche ou de vessie artificielle dans laquelle il parvient à faire pénétrer le calcul, qui y est ensuite broyé et pulvérisé par les instruments ordinaires, ou même soumis à l'action d'agents chimiques, sans qu'on ait à craindre de léser les organes.

*Ergotine; ses effets antihémorrhagiques.* — M. Bonjean adresse une quatrième note sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes. Dans la dernière note que M. Bonjean a communiquée, il s'agissait d'un mouton auquel on avait ouvert, par un coup de bistouri, la carotide gauche et la carotide droite, à deux mois de distance : le 20 août 1845, et le 20 octobre. Les incisions faites à ces deux vaisseaux étaient perpendiculaires à leur axe ; celle de droite intéressait presque les trois quarts de la circonférence de l'artère. Cet animal a été tué le 19 avril courant par une section faite à la moelle épinière. Voici les résultats de l'autopsie. Les cicatrices étaient linéaires, à peine sensibles et marquées par une trace blanchâtre qui en indiquait la direction et l'étendue. On a constaté que la carotide droite n'était point oblitérée, que son calibre n'était même point diminué ; le vaisseau lui-même servait à la circulation comme avant l'expérience. Le calibre de la carotide gauche n'était nullement altéré non plus dans ses dimensions. La cicatrise n'était reconnaissable qu'à un point rond, légèrement blanchâtre et un peu plus épais. L'artère, ouverte dans le sens de sa longueur et du côté opposé à cette marque extérieure, a laissé voir une cicatrice ronde, d'un blanc nacré, légèrement enfoncée et régulièrement rayonnée.

De ces faits M. Bonjean conclut que l'ergotine opère la cicatrisation parfaite des blessures artérielles, sans oblitération ni altération dans le calibre des vaisseaux. L'ergotine paraît en outre jouir d'une grande efficacité pour obtenir la réunion par première intention dans les autres tissus, puisque, dans l'incision faite à la carotide droite, les tissus avaient été divisés et lacérés à plusieurs reprises, et que malgré cela il n'en est résulté ni inflammation, ni aucune suppuration, etc.

M. Roux a été, dit-il, témoin des expériences de M. Bonjean, et il a remarqué que cet expérimentateur, en même temps qu'il appliquait l'ergotine, exerçait une compression sur les vaisseaux ouverts ; de sorte qu'on ne saurait dire jusqu'à quel point la compression n'aurait pas au-

tant de part et plus peut-être que l'ergotine dans la suspension de l'hémorrhagie. Il pense d'ailleurs que les expériences n'ont pas été encore assez multipliées pour résoudre la question.

---

## ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

*Radesyge.* — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente un malade affecté d'une éruption tuberculeuse générale qui rappelle les formes de la radesyge de Norwége ou lèpre du Nord.

J'ai déjà eu l'honneur, dit-il, de mettre sous les yeux de l'Académie des exemples de graves maladies de la peau, exotiques, reproduites dans nos climats. C'est ainsi que, le premier, j'ai observé à Paris, en 1842, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de *pellagre* sporadique dont l'identité avec la maladie endémique en Lombardie ne saurait être contestée, puisque le sujet atteint de l'érythème pellagreux a été rapidement emporté par la manie pellagreuse. C'est ainsi qu'en 1843 un second exemple de la même maladie s'est offert à mon observation, et que, la même année, j'ai présenté à l'Académie deux sujets affectés, l'un de *radesyge* ou lèpre du Nord, l'autre d'un *esthiomène* du visage dont la forme tuberculeuse exagérée et la couleur spéciale avaient exceptionnellement revêtu des apparences analogues à celles du *leontiasis* des Grecs ou lèpre tuberculeuse du moyen âge.

Mais il faut établir une distinction capitale dans les faits de ce genre. Pour certaines maladies, comme, par exemple, pour la *pellagre* (déjà observée d'ailleurs dans quelques contrées du midi de France), il y a reproduction réelle de l'affection ; tandis que pour les autres, tels que le *pian* des colonies, le *molluscum* d'Amboyne, la *radesyge* de Norwége, l'*elephantiasis* grec et arabe, il n'y a, à vrai dire, que ressemblance de formes..., à moins que les sujets n'arrivent d'outre-mer et n'aient contracté le germe du mal dans les lieux où il règne à l'état endémique.

Quant au sujet présenté dans cette séance par M. Gibert, il s'agit d'un homme jeune, grand, et en apparence assez bien constitué, en traitement depuis dix mois à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption tuberculeuse générale à forme hideuse, que l'on jugea, à la première vue, de nature syphilitique (le malade avait comme antécédents deux blennorrhagies, la dernière guérie depuis quatre ans déjà). Mais les spécifiques antisyphilitiques, variés, et employés avec constance pendant les six à sept premiers mois du séjour du malade (*sirop de deuto-iodure ioduré*, sublimé corrosif, iodure de potassium), restèrent complétement impuissants. Alors on eut recours à une préparation arsenicale proposée

contre les fièvres d'accès par le docteur Boudin, et que M. Gibert a appliquée au traitement des maladies de la peau comme infiniment préférable aux liqueurs infidèles et dangereuses connues sous le nom de solutions de *Fowler* et de *Pearson*. L'acide arsénieux, à la dose d'un centigramme 1/2 par jour, dans 100 à 150 grammes d'eau distillée, est administré au malade depuis près de trois mois, non-seulement sans aucun accident, mais encore avec des avantages marqués ; car depuis cette époque l'éruption a marché vers la résolution.

On ne saurait toutefois, dès aujourd'hui, conclure de cette amélioration remarquable à une guérison radicale et complète. La résistance qu'a offerte l'éruption aux spécifiques antisyphilitiques, et l'analogie d'aspect qu'elle présente avec la *radesyge*, maladie regardée jusqu'ici comme incurable, doivent rendre très-réservé à cet égard.

SÉANCE DU 7 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

*Traitement abortif de la variole.* — M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. Charcellay, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Tours, ayant pour titre : *Note sur le traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous forme emplastique.*

Dans une première partie, M. Bousquet fait un historique complet de la méthode, rappelle ses indications et ses procédés, en apprécie la valeur, indépendamment du mémoire soumis à l'examen de l'Académie. Cette note, qui est un véritable travail original, a été écoutée avec la plus grande attention.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Bousquet présente l'analyse du mémoire de M. Charcellay.

De toutes les préparations mercurielles employées pour enrayer la variole, M. Charcellay préfère l'emplâtre de Vigo *cum mercurio ;* mais il veut qu'il soit récemment préparé. Il le laisse en place de huit à douze jours, sans en renouveler l'application. Quoiqu'on en puisse retarder l'usage jusqu'au septième jour, et même plus tard, il avoue que l'effet est d'autant plus sûr et plus prompt que la variole est moins avancée.

Non-seulement le mercure arrête la marche des pustules qu'il touche, mais il exerce un effet analogue, quoique moins sensible, sur les pustules éloignées. Enfin, nul autre emplâtre, ni ceux de plomb, ni celui de diachylon, etc., ne peut remplacer l'emplâtre de Vigo *cum mercurio ;* ce qui constitue le caractère le plus essentiel des spécifiques.

SÉANCE DU 14 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

*Présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées du commerce.* — M. Guibourt lit un rapport sur un travail adressé à l'A-

cadémie par M. Briffaut et relatif à la présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées du commerce, et particulièrement dans l'eau de fleurs d'oranger. La présence de ces sels dans les eaux de fleurs d'oranger résulte de l'usage que l'on fait dans les fabriques, et particulièrement dans celles de Grasse, où l'on prépare ces eaux en très-grandes quantités, de vases de cuivre étamé, désignés sous le nom d'*estagnons*. L'auteur, en signalant les inconvénients de l'usage de ces vases, propose de les remplacer soit par des vases en fer battu, soit par des vases étamés à un titre qui donne toutes garanties.

Le rapporteur propose, au nom de la commission : 1° de remercier M. Briffaut et de le féliciter d'avoir fait des recherches qui intéressent à un haut degré l'hygiène publique ; 2° d'écrire au ministre pour lui exposer que, l'Académie étant instruite des inconvénients de l'usage de ces vases, elle le prie de prendre à l'avenir les mesures nécessaires pour y obvier ; 3° de prescrire que les eaux distillées ne pourront êtres transportées ou conservées désormais que dans des vases en fer battu, ou, mieux encore, si cela est possible, dans des vases de verre.

M. Chevallier : Il y a des estagnons plus nuisibles encore que les estagnons en cuivre : ce sont les estagnons en zinc dont on se sert dans le Midi pour la conservation des huiles. On sait qu'il est arrivé de graves accidents par suite de l'altération de ces vases qui contiennent une certaine proportion d'arsenic. Je crois qu'il serait convenable d'en dire un mot dans le rapport. J'appuye d'ailleurs de toutes mes forces la proposition du rapporteur.

M. Boullay parle dans le même sens ; mais il croit qu'il sera difficile d'introduire les vases de verre dans les usages du commerce.

Les conclusions du rapport, avec l'addition proposée par M. Chevallier, sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 21 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

*Bandages herniaires en caoutchouc artificiel.* — M. Laugier lit en son nom et celui de MM. Gimelle et Lecanu, un rapport sur des bandages herniaires en caoutchouc artificiel, soumis à l'examen de l'Académie par M. Barral. Ces bandages, dont la pelotte offre une grande souplesse, même après un long usage, ont paru au rapporteur pouvoir être employés avec avantage. Il propose en conséquence d'adresser des remercîments à l'auteur.

*Traitement des palpitations du cœur.* —M. Piorry lit un rapport sur un mémoire relatif aux palpitations du cœur, par M. T. Guibert, de Paris.

L'idée dominante de ce travail est que toutes les palpitations du cœur sont produites par une phlegmasie de cet organe : l'auteur propose en conséquence. comme moyens à opposer aux palpitations, les saignées répétées, la diète, en un mot le traitement de Valsalva.

M. le rapporteur combat cette manière de voir, qui est entièrement contradictoire aux faits, et il propose pour conclusion le renvoi du mémoire aux archives.

*Blessure de la rate dans la paracentèse. Péritonite hémorrhagique.* — M. Piorry lit un second rapport favorable sur deux observations communiquées à l'Académie par un médecin de Dijon dont il ignore le nom.

La première observation a trait à un cas d'engorgement de la rate avec fièvre d'accès et hydropéritonite, traité par la ponction. La ponction fut pratiquée par un élève qui, n'ayant pas pris la précaution d'explorer convenablement l'abdomen, fit pénétrer le trocart dans la rate. Le malade ayant succombé plus tard à une autre affection, l'autopsie fit reconnaître que la rate avait été perforée, que les intestins étaient distendus par des gaz, et que le péritoine n'était point enflammé, bien qu'il y eût eu de très-vives douleurs pendant la vie.

La deuxième observation est relative à un cas d'inflammation hémorrhagique du péritoine, dans lequel, en opposition avec le cas précédent, il n'avait pas existé de douleurs dans les parois du ventre.

M. Le rapporteur signale, à l'occasion de ces deux faits, les avantages de la plessimétrie et les erreurs nombreuses et graves où l'on peut tomber en négligeant l'usage de ce moyen d'exploration. M. Piorry constate en particulier l'insuffisance des moyens de détermination indiqués dans les ouvrages de chirurgie pour fixer le point où l'on doit pratiquer la paracentèse.

M. Piorry propose pour conclusion l'insertion par extraits du mémoire dans le Bulletin.

*Iléus intermittent.* M. Piorry lit un troisième rapport sur un mémoire de M. Bouillon-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, relatif à un cas d'iléus intermittent guéri par le sulfate de quinine. M. Piorry signale l'impropriété de cette dénomination et la confusion qui en résulte dans l'appréciation des causes diverses qui peuvent donner lieu aux symptômes désignés sous ce nom. Il pense que dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agissait d'un rétrécissement intestinal ou d'une *entéro-sténosie*, et que les accidents intermittents étaient produits par des mouvements musculaires convulsifs partiels des intestins qui empêchaient momentanément le cours des matières ; il s'explique par cette théorie les bons effets du sulfate de quinine. M. Piorry émet, à cette occasion, sur les paralysies et les contractures partielles des intestins, quelques idées qu'il se propose de développer plus tard devant l'Académie.

Il propose pour conclusion le renvoi du mémoire au comité de publication. (Adopté.)

SÉANCE DU 28 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

*Fievre intermittente et hypertrophie de la rate.* — M. Piorry lit un rapport sur plusieurs mémoires relatifs aux fièvres intermittentes et aux affections spléniques.

L'un de ces mémoires est de M. Cornay, de Rochefort. L'auteur, qui a vu un grand nombre de fièvres d'accès régnant endémiquement dans les environs du lieu qu'il habite, a surtout été frappé de la fréquence de l'hypertrophie que présente la rate dans ces affections. L'auteur distingue cet engorgement splénique des autres affections dans lesquelles la rate est volumineuse; il le croit consécutif aux fièvres intermittentes aiguës. M. le rapporteur propose le renvoi du mémoire aux archives.

Le second mémoire a pour auteur M. Durand, de Lunel, qui a observé les fièvres intermittentes en Afrique. M. Durand expose des idées théoriques sur les causes des accès fébriles périodiques. (Nous avons résumé cette théorie dans le compte rendu de l'Académie du 10 mars (*Voir* t. III, mars 1846, p. 186); nous n'y reviendrons par conséquent pas ici.)

M. le rapporteur combat cette théorie. Le seul fait qui militerait en sa faveur serait l'oscillation que M. Durand a cru reconnaître dans le volume de la rate aux époques diurnes et nocturnes ; mais ce fait ne paraît point réel à M. le rapporteur. D'abord il serait bien singulier, dit-il, que dans les fièvres à invasion diurne, ce fût dans le jour, pendant les accès, que la rate diminuât; tandis que M. Durand, d'accord en ceci avec tous les auteurs, pense que la rate augmente de volume pendant les accès (ce qui, pour M. Piorry, n'est pas exact). Ce que M. Piorry oppose surtout à l'assertion de M. Durand, c'est la manière dont il a exploré la rate, c'est-à-dire en se bornant à la palper alors qu'elle dépassait le rebord costal. Mais la rate n'est en rien fixée dans le lieu qu'elle occupe; son siége varie en raison de l'état des organes voisins : elle est tantôt refoulée très-haut au-dessous du diaphragme, tantôt descendant vers l'abdomen, suivant que l'estomac et les intestins sont vides ou distendus, les parois abdominales contractées ou relâchées, etc.

M. Durand n'ayant pas tenu compte des circonstances nombreuses qui font varier la situation de la rate, il en résulte qu'il a constaté seulement que la rate, chez ses malades, était plus basse le jour que la nuit, ce qui n'appuie en rien sa théorie. Loin de là, ajoute M. Piorry, des mesures prises à toutes les heures, à des intervalles de plusieurs jours, dans des cas d'hypérémie générale, d'anémie à la suite de pertes de sang, etc., ont prouvé que la rate ne varie pas de volume pendant les digestions, à la suite de la course, pendant les efforts, ni même pendant les accès de fièvre. Si, d'un autre côté, on eût apprécié l'état de la rate dans les fièvres d'accès, on eût bientôt vu que dans les accès périodiques bien francs, cet organe est toujours malade ; que des congestions, des phleg-

masies, des hypertrophies, des hétérotrophies, des névralgies spléniques, etc., donnent lieu périodiquement à des frissons, à de la chaleur et de la sueur; que la rate est parfois malade avant le frisson ou au moment même du premier accès; que celui-ci n'en augmente pas le volume; que l'organe ne grossit plus par la réitération des paroxysmes, mais bien par la continuité de l'action des causes qui d'abord l'avaient attiré; que ce n'est pas la fièvre qu'il faut combattre, mais la lésion splénique qui la cause; que l'hypertrophie de la rate diminue très-promptement lorsque l'on prend des sels solubles de quinine; que le mal dure tant que l'affection splénique n'est pas dissipée; qu'en conséquence c'est cette dernière et non la fièvre qu'il s'agit de faire dissiper; que la plupart des médicaments dits fébrifuges, tels que la salicine, le houx, etc., sont sans efficacité contre l'hypertrophie splénique; que les sels de quinine acides donnés en injection dans le rectum font bientôt diminuer la rate, tandis que les sels peu solubles du même principe végétal ne produisent pas cet effet; qu'un bain froid cause bien un frisson, mais que celui-ci ne fait pas augmenter le volume de la rate; que l'hypertrophie splénique ne diminue ni par les saignées, ni par les émétiques, ni par les purgatifs, ni par les sangsues, ni par les vésicatoires; qu'enfin une multitude de questions sur l'étiologie, sur la pathogénie et la thérapeutique des fièvres d'accès sont tout à fait élucidées par la mensuration de la rate.

Du reste, M. Durand a constaté un fait qui avait été longtemps contesté : c'est que la rate est engorgée dans presque tous les cas de fièvre intermittente, et il a prouvé en outre que la rate n'occupe pas toujours la même place dans l'abdomen, fait qui n'est pas sans importance.

Quant au second mémoire que M. Durand a adressé récemment à la commission, et dans lequel il cherche à expliquer la nature des miasmes et la manière dont ils se combinent avec l'action de la chaleur et de l'humidité pour produire les accès fébriles, les idées de l'auteur reposant encore ici sur l'oscillation qu'il croit exister le jour et la nuit dans le volume de la rate, M. le rapporteur ne pense pas qu'il soit nécessaire d'y insister davantage. Il propose, pour conclusions, de remercier M. Durand de sa communication et d'insérer par extraits son mémoire dans le *Bulletin*. (Adopté.)

---

# REVUE ANALYTIQUE

## DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

### Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

31. *Sur la chair musculaire de l'homme et des animaux vertébrés;* par M. le docteur De Bibra.

(Archiv für physiologische Heilkunde.)

C'est une revue des importantes analyses chimiques qui ont été faites sur la chair musculaire depuis 1699 (Geoffroy) jusqu'à nos jours, et à laquelle M. de Bibra joint le résultat de ses propres expériences.

Les principaux ouvrages que l'auteur a consultés sont ceux de Geoffroy, Thouvenel, Berzélius, Thénard, Braconnot, Schlossberger, Schütz et Enderlin.

Si on prend la moyenne de toutes les analyses faites sur les muscles des mammifères, on trouve le plus souvent que la quantité d'eau y est contenue dans la proportion de 77 à 78 p. 100.

Les quantités de matières extractives, tant alcooliques qu'aqueuses, sont plus variables; elles oscillent entre 0,15 et 2,35.

La moyenne de l'albumine est de 2,06; Brande la porte à 20,00; mais les expériences que cet auteur rapporte ne paraissent pas avoir été faites avec toute l'exactitude désirable.

La proportion de gélatine est à peu près la même que celle de l'albumine. Elle provient du tissu cellulaire interstitiel et n'y existe pas à l'état de colle soluble, mais elle se forme seulement par l'action de la cuisson prolongée des muscles dans l'eau. Si on a soin d'enlever mécaniquement des muscles toute la graisse visible à l'œil nu, on peut toujours encore en extraire un peu (1,11 p. 100) à l'aide de l'éther. Lehmann croit, non sans raison, que les muscles perdraient de leur force si leurs interstices étaient remplis d'eau au lieu de graisse. En général, la quantité de matière grasse varie considérablement selon que les animaux ont plus ou moins d'embonpoint; il y a des muscles qui n'en contiennent que 2,28 p. 100; d'autres en renferment jusqu'à 21,83 p. 100.

La fibrine ou fibre musculaire proprement dite peut être évaluée à environ 16 p. 100; elle est manifestement plus abondante dans les vieux animaux que dans les jeunes. M. de Bibra a trouvé qu'elle était réduite à 13,82 dans les muscles d'un jeune moineau, et même à 8,14 dans ceux d'une jeune buse encore couverte de son duvet. En général, la chair des jeunes animaux semble contenir plus d'eau que celle des animaux adultes ou âgés.

Schlossberger n'a trouvé en tout que 16,6 p. 100 de matière solide quelconque dans les muscles d'un petit caneton récemment éclos.

Les muscles des oiseaux contiennent moins d'eau que ceux des mammifères.

L'albumine paraît être dans la même proportion dans les oiseaux que dans les mammifères : s'il y avait une différence, ce serait plutôt en plus pour les oiseaux.

Les matières extractives sont constamment plus abondantes dans les muscles des mammifères que dans ceux des oiseaux.

La chair des reptiles et des poissons n'a encore été que très-rarement analysée. Schlossberger et de Bibra y ont trouvé moins de fibre musculaire et sensiblement plus d'eau (80 p. 100) dans les muscles d'alligators, grenouilles, couleuvres, ciprins, etc. Une seule fois Schlossberger a trouvé une quantité très-abondante de fibrine (17,18 p. 100) dans la chair d'un barbeau.

L'albumine des poissons coagule plus vite par la chaleur que celle des mammifères. La fibre musculaire, séparée de tous les autres éléments du muscle par la macération, et convenablement desséchée au bain-marie, se présente sous forme d'une masse jaune, translucide, facilement réductible en poudre et devenant électro-positive par la pulvérisation. Les parcelles de fibre s'attachent aux verres frottés et possèdent toutes les propriétés chimiques et microscopiques de la fibrine qu'on extrait du sang. Parmi les sels qui entrent dans la composition de la fibre musculaire, on trouve surtout le phosphate de chaux et le phosphate d'alumine comme les plus abondants.

On sait que Mulder a donné le nom de *protéine* aux diverses matières albumineuses, telles que fibrine, caséine, albumine et globuline qui entrent dans la composition des matières organiques : cette protéine offre l'aspect d'une masse jaune pâle, facile à pulvériser, attirant l'humidité de l'air à la température ordinaire, et pouvant de nouveau être complétement desséchée à la température de 80° Réaumur ; elle est insoluble dans l'éther et les huiles, se gonfle dans l'eau et se couvre alors de taches grises. Elle est soluble dans l'acide acétique étendu ; l'acide hydrochlorique la colore en bleu et l'acide nitrique en jaune. La protéine pure se laisse brûler sans donner le moindre résidu de cendre.

Il n'en est pas de même de la chair musculaire, qui, outre la protéine, contient encore d'autres éléments organiques ; elle fournit par la combustion encore 3,14 jusqu'à 7,46 p. 100 de cendres.

L'analyse de ces cendres donne en moyenne :

| | |
|---|---|
| Muriate de soude | 15,45 |
| Sulfate de soude | 4,33 |
| Phosphates alcalins | 66,22 |
| Phosphate terreux (chaux alumine) | 12,80 |
| Oxyde de fer | 1,20 |
| Silice | traces |
| | 100,00 |

On a toujours trouvé de la fibre dans les cendres des estomacs d'oiseaux, lors même qu'avant de les brûler on a eu soin de bien les laver et de nettoyer leur membrane interne avec des brosses.

La quantité de matière colorante contenue dans les muscles n'a pas été appréciée; elle s'unit toujours à l'albumine. Quand on fait coaguler celle-ci, elle paraît provenir du sang contenu dans les vaisseaux capillaires qui sillonnent les muscles. Cependant Henle fait observer avec raison que dans les oiseaux il y a des muscles de couleur différente sans qu'il y ait de différence appréciable dans la distribution des vaisseaux capillaires, et qu'il faut donc admettre pour le tissu musculaire une matière colorante propre.

M. de Bibra termine son travail par l'analyse de quelques produits pathologiques dont il compare la composition chimique avec celle des muscles. Il a trouvé dans une tumeur fibreuse de la joue :

| | |
|---|---|
| Protéine | 18,3 |
| Albumine soluble | 1,0 |
| Gélatine | 3,7 |
| Matière extractive | 2,5 |
| Graisse | 3,1 |
| Eau | 71,4 |
| | 100,0 |

et dans 100 parties de cette tumeur desséchée, 7,99 de cendre composée de

| | |
|---|---|
| Muriate de soude | 1,4 |
| Sulfate de soude | 4,2 |
| Phosphate alcalin avec un peu d'acide carbonique | 71,8 |
| Phosphates terreux | 22,0 |
| | 100,0 |

Dans un cancer de la lèvre :

| | |
|---|---|
| Protéine | 9,00 |
| Albumine soluble | 1.30 |
| Gélatine | 0,83 |
| Matière colorante | 1,25 |
| Graisse | 2,70 |
| Eau | 84,92 |
| | 100,00 |

et dans 100 parties de cette tumeur desséchée, 8,09 de cendre composée de

| | |
|---|---|
| Muriate de soude. | 10,13 |
| Sulfate de soude. | 2,04 |
| Phosphate alcalin avec acide carbonique. | 63,83 |
| Phosphates terreux et fer. | 24,00 |
| | 100,00 |

Dans un fongus médullaire de l'œil :

| | |
|---|---|
| Protéine et albumine soluble, ensemble. | 11,221 |
| Gélatine et chondrine. | 3,990 |
| Matières extractives. | 3,350 |
| Graisse. | 6,683 |
| Eau. | 74,756 |
| | 100,000 |

Dans 100 parties de ce fongus desséché, 4,20 de cendre contenant :

| | |
|---|---|
| Muriate de soude. | 8,0 |
| Sulfate alcalin. | 12,2 |
| Carbonate de soude. | 4,4 |
| Phosphate de soude. | 35,4 |
| Phosphate terreux. | 21,9 |
| Oxyde de fer. | 18,1 |
| | 100,00 |

Dans trois tumeurs graisseuses, il y avait :

| | N° 1. | N° 2. | N° 3. |
|---|---|---|---|
| Graisse. | 79,938 | 78,32 | 75,72 |
| Membrane. | 2,553 | 3,54 | 6,06 |
| Eau. | 17,509 | 18,14 | 18,22 |
| | 100,000 | 100,00 | 100,00 |

100 parties de la première tumeur ont donné 0,10 de cendre composée de

| | |
|---|---|
| Muriate de soude. | 22,8 |
| Phosphate alcalin. | 28,2 |
| Phosphates terreux. | 42,0 |
| Oxyde de fer. | 3,0 |
| Silice. | 4,0 |
| | 100,00 |

---

32. *Cas de chorée et de tic douloureux ; traitement par la teinture de chanvre indien ( hachisch ) et l'électro - magnétisme ;* par M. Corrigan.

(The Dublin Hospital Gazette.)

L'auteur rapporte trois cas de chorée et un cas de tic douloureux traités, non pas par le hachisch et l'électro-magnétisme simultanément ou successivement, comme le titre semble l'in-

diquer, mais par le hachisch seul. Au moins, n'est-il pas question du premier moyen thérapeutique dans le cours des observations. Il paraît donc que ce titre ne s'applique pas uniquement aux faits contenus dans le travail, mais à la question générale de l'efficacité respective du chanvre indien et de l'électro-magnétisme dans le traitement de la chorée et du tic douloureux. Disons cependant tout de suite que le rapprochement entre ces deux moyens thérapeutiques se borne à la remarque suivante, exprimée dans les dernières lignes : « Dans le traitement de la chorée, il arrive quelquefois une époque où le malade semble d'abord en voie de guérison, et puis voit les progrès de l'amélioration s'arrêter. Je n'ai pas vu, ajoute l'auteur, cette circonstance se présenter dans le traitement par le chanvre indien, mais je l'ai vue précéder l'administration des autres remèdes. A cette époque, on obtient plus de bénéfice de l'électro-magnétisme que des autres moyens. » Ainsi le hachisch offrirait l'avantage de mener d'un pas uniforme à la guérison, et l'électricité remettrait pour ainsi dire l'amélioration en marche quand elle s'arrêterait pendant l'emploi des autres remèdes. Voilà tout ce qu'on trouve sur ce sujet dans la *leçon* de M. Corrigan ; car l'article que nous analysons n'est qu'un *compte-rendu.*

Quant aux observations elles-mêmes, elles offrent toutes des cas de guérison ou d'amélioration très-prononcée. La teinture de hachisch a été donnée de 8 à 30 gouttes par jour. En étudiant ses effets avec attention, M. Corrigan a cherché à déterminer le mode d'action de ce médicament, et il est arrivé aux résultats suivants, dont il serait difficile, faute de détails suffisants, de trouver la parfaite démonstration dans les observations publiées. « Le chanvre indien, dit-il, paraît exercer une action spécifique sur les nerfs du mouvement. Quand il agit sur le sensorium ou sur un nerf, il exerce d'abord indirectement son action sur les fibres motrices, et s'étend ensuite aux fibres sensitives, étant en cela tout à fait l'opposé de l'aconit. « La quatrième observation, relative à un tic douloureux, offrirait, si elle était plus circonstanciée, une occasion favorable de vérifier cette assertion. Il serait curieux de savoir si le hachisch a porté son effet sur les nerfs du mouvement qui étaient malades. Voici, sur ce point, tout ce qu'on trouve dans l'observation. — Le sujet prit 10 gouttes de teinture le matin à huit heures. Une demi-heure après, soif vive, impossibilité d'avaler et de tenir les yeux ouverts. *Il conserve cependant la conscience de tout ce qui se passe autour de lui.* Peu de temps après, sommeil qui dure deux ou trois heures. A son réveil, il éprouve un léger éclair de douleur dans la joue gauche. Il reste *tout à fait bien*

pendant deux mois, puis on le perd de vue.— La douleur était-elle calmée, ou, en d'autres termes, la *sensibilité* était-elle affectée au moment où existaient la dysphagie et l'impossibilité de tenir les yeux ouverts? Les termes mêmes de l'observation autorisent à le penser, puisque le retour d'une légère douleur après le réveil est jugé digne d'être mentionné. Et puis en même temps que se produisaient les troubles du mouvement, la sensibilité générale ne paraît pas avoir été bien éveillée ; car on croit encore devoir signaler la conservation de la conscience des choses environnantes. Un homme accablé de sommeil a peine à tenir les yeux ouverts, et sa conscience n'est pas encore éteinte. Pourrait-on dire cependant que le sommeil *commence* par un engourdissement des *nerfs du mouvement?*

---

### 33. *Sur les scrofules* ; par le docteur Griesinger.

(Archiv für Physiologische Heilkunde.)

Bon nombre de praticiens sont dans l'habitude d'attribuer à une constitution scrofuleuse tous les engorgements des glandes lymphatiques, surtout de celles du cou, et d'administrer l'huile de foie de morue, l'iode, les feuilles de noyer, etc., à tous les malades qui présentent quelque augmentation de volume dans l'appareil glanduleux. Cependant, que de fois ces engorgements prétendus scrofuleux des glandes ne sont-ils pas l'effet d'une irritation locale de la partie d'où naissent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent dans les glandes tuméfiées ! Ce fait est connu depuis bien longtemps ; mais aucun auteur n'y avait appelé l'attention des médecins, si ce n'est Sœmmering, et dans ces derniers temps M. Velpeau. Sur 900 individus affectés d'engorgements des glandes lymphatiques, dans plus de 780 cas (*Archives*, 1836, p. 12), des lésions locales, telles que contusions, plaies, ulcérations, etc., de la peau, des muqueuses ou du tissu cellulaire, avaient donné lieu à la tuméfaction des glandes, qui recevaient leurs vaisseaux lymphatiques du siége de la lésion primitive. Dans les autres cas, la maladie était trop ancienne pour qu'on eût encore pu suivre les traces des premiers symptômes, ou bien elle existait chez des enfants négligés qui n'avaient point été examinés au début du mal avec tout le soin désirable, et chez lesquels on pouvait encore supposer une affection locale primitive autre que l'engorgement des glandes.

Sans doute que, pour ces sortes d'engorgements, certains organismes sont plus prédisposés que d'autres, comme il y a des prédispositions pour la pneumonie et d'autres maladies ; mais il

n'est pas moins vrai qu'on les rencontre aussi très-souvent chez les individus qui n'ont pas le moindre habitus scrofuleux. M. Velpeau a vu les glandes du cou se tuméfier à la suite de l'irritation des gencives par la dentition, après des éruptions derrière les oreilles, des tumeurs au nez, des croûtes aux lèvres, des coryzas, des ophthalmies, etc.; et M. Griesinger les a vues plus souvent encore à la suite d'irritations de la gorge et d'ulcérations à la base de la langue. Sur 1,600 à 1,800 malades qu'il traite tous les ans, il en voit à peu près 64 à 72 qui sont affectés d'engorgements glanduleux, et le plus souvent il parvient à s'assurer que les glandes malades communiquent par leurs vaisseaux lymphatiques avec des parties enflammées ou ulcérées. Dans 11 cas d'engorgements des glandes du cou dont il donne les observations avec quelques détails, il a constaté de légères érosions des follicules de la base de la langue, ou de la face interne des joues, ou du pharynx, qui n'avait fait éprouver aucune douleur ni aucune gêne dans la déglutition.

On ne devra donc jamais négliger d'explorer l'intérieur de la bouche et du pharynx dans les cas d'adénites du cou. On s'assurera s'il n'y existe pas quelque inflammation ou ulcération érythémateuse, soit traumatique, herpétique, scorbutique, syphilitique, ou réellement scrofuleuse. Le traitement devra alors être réglé selon la nature de la lésion primitive. Bien souvent les tisanes amères et les autres antiscrofuleux n'ont guéri qu'en agissant localement sur le siége primitif du mal de gorge, en lavant ou en détergeant les ulcères, ou en les modifiant par leur action topique, et non par une métasyncrèse de toute la constitution du malade, comme on est le plus généralement disposé à l'admettre.

---

34. *Sur la toux nocturne des enfants*; par le docteur Braniss.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Tout en admettant l'existence de la toux nocturne, dont nous avons récemment rapporté une notice de M. Behrend (*Nouvelle Encycl.* t. III, mars 1846, p. 230), son confrère de Berlin ne reconnaît pas à cette affection la régularité du retour des accès; mais il a seulement observé des enfants qui en étaient affectés pendant un temps indéterminé. Tous avaient, pendant la journée, un air de souffrance, comme s'ils étaient tourmentés par le coryza, qui, chez quelques-uns, se déclara en effet lorsque la toux nocturne eut cessé, et principalement chez ceux qui étaient retenus toute la journée dans des appartements chauds; tandis

que ceux qu'on envoyait au grand air n'étaient pas atteints de coryza, mais gardaient plus longtemps la toux nocturne. M. Braniss avait observé cette toux chez des enfants de 1 à 11 et 12 ans, jamais au-dessus de 12 ans. Les accès décrits par M. Behrend arrivaient toujours pendant les premières heures du sommeil; ils étaient plus fréquents au printemps qu'en automne, et en général pendant les temps humides et froids.

M. Braniss regarde cette affection comme un catarrhe ordinaire qui n'est pas assez fort pour vaincre le premier sommeil des enfants. Couchés le plus souvent sur le dos, le mucus, se ramassant alors dans les bronches, finit par causer la gêne de la respiration et les réveille au milieu de la nuit.

---

35. *De l'emploi de l'alun contre la constipation habituelle;* par le docteur ALDRIDGE.

(The Dublin Hospital Gazette.)

On connaît la maladie intestinale décrite par M. Marshall-Hall sous le nom de *mimosis acutus,* et dont une constipation opiniâtre, en l'absence de tout symptôme d'inflammation, forme le caractère dominant. M. Aldridge, voyant dans cette affection une sorte de paralysie incomplète des intestins analogue à celle qu'on observe dans la colique des peintres, a eu l'idée de la soumettre à l'emploi d'un moyen thérapeutique employé avec avantage dans cette dernière maladie, c'est-à-dire de l'alun. M. Marshall-Hall recommande contre le *mimosis acutus* l'usage fréquent et énergique des purgatifs. M. Aldridge s'en est bien trouvé d'abord; mais, suivant lui, la nécessité d'y recourir de plus en plus fréquemment finit par user leur action. L'alun, employé à doses modérées, lui a paru avoir l'avantage de rendre inutile l'emploi continu des purgatifs, de rétablir la tonicité normale des intestins, qui deviennent ainsi plus aptes à expulser les matières alvines, et aussi d'affermir l'organisme tout entier. C'est à peu près dans ces termes que l'auteur résume les avantages de ce mode de traitement, jugeant inutile de rapporter, à l'appui de ces assertions générales, un grand nombre de faits particuliers. Il se contente d'en mentionner cinq d'une manière très-abrégée. La formule qu'il recommande est la suivante :

| | |
|---|---|
| Infusion de feuilles de roses. . . . . | 8 onces. |
| Sulfate de magnésie. . . . . | 1 once. |
| Alun. . . . . | 2 gros. |

Mêlez.

36. *De l'action thérapeutique du magnétisme minéral*; par M. le docteur Mickwitz (de Saint-Pétersbourg).

(Zeitschrift für die Gesammte medicin.)

Il existe probablement peu d'exemples où le magnétisme minéral ait été employé dans des affections aussi anciennes que dans les deux cas suivants, et où la guérison ait été aussi frappante ; nous avons eu dans le temps souvent recours au magnétisme minéral dans des chutes des paupières, dans des sciatiques, des gastralgies, etc. Son action a été presque toujours immédiate ; mais au fur et à mesure que le traitement était continué, les bons effets diminuaient et cessaient enfin complétement.

Obs. I. — Mademoiselle de G..., âgée de 30 ans, s'est refroidie pendant l'époque menstruelle jusqu'alors régulière. Elle fut prise d'un rhumatisme fébrile des muscles de la hanche et de la partie postérieure de la cuisse du côté gauche. Depuis cette époque, la menstruation ne revint plus ; les douleurs aiguës, combattues par un traitement antiphlogistique, ne furent jamais complétement supprimées, et la malade souffrit d'une grande faiblesse de la jambe gauche : elle était forcée de garder le lit, et à peine pouvait-elle faire, à l'aide de béquilles, quelques pas pendant les rémissions. Les époques de la menstruation supprimée s'annonçaient encore par des efforts à des époques régulières ; la malade avait alors des symptômes hystériques, des difficultés à digérer, des constipations, etc. Pendant près de trois ans, cette malade fut presque constamment soumise à un traitement ; elle passa même dix mois dans un pays chaud. Son état restant toujours le même, M. Mickwitz fut consulté : il plaça deux plaques magnétiques sur la région pubienne, le pôle sud dirigé vers la ligne blanche, le pôle nord vers la sortie du nerf crural ; trois plaques sur la cuisse, l'une au-dessus de l'autre, de telle manière que le pôle sud regardait toujours en haut et que celui de la première plaque correspondait à l'endroit de la hanche où la douleur paraissait prendre son origine ; tandis que le pôle nord de la troisième répondait au creux du jarret : un aimant en fer à cheval fut placé sur le mollet gauche.

La réaction locale caractérisée par une démangeaison, un sentiment de brûlure, des pustules, se déclara en peu de jours, et avec elle la douleur diminua, et les mouvements devinrent plus libres dans la partie affectée.

Dix jours après l'application des aimants, la menstruation supprimée depuis trois ans apparut sans être précédée de symptômes orageux ; elle dura pendant cinq jours consécutifs : la dou-

leur disparut peu à peu, les mouvements se rétablirent, la digestion se fit facilement, et l'état général de la malade devint si satisfaisant, qu'elle put déjà, après cinq semaines de traitement, faire de grandes promenades à pied sans éprouver d'autre douleur qu'un sentiment de fatigue dans la jambe gauche, qui disparut aussi complétement un mois après. On ôta alors les plaques magnétiques qui avaient été appliquées pendant neuf semaines. La guérison s'est maintenue depuis cette époque ; il y a maintenant quatorze mois.

Obs. II. — M. de B... souffrait, à la suite d'une chute sur les reins, depuis quatorze ans, de douleurs dans la région du sacrum qui s'étendirent à la face postérieure des cuisses jusqu'aux mollets. Les douleurs persistaient pendant quelques jours : alors la marche devenait très-pénible, même impossible. L'état général était très-satisfaisant, sauf une grande faiblesse qui s'est manifestée dans les dernières années aux jambes, principalement à gauche. Dans le principe de la maladie, on eut recours aux sangsues, aux vésicatoires, aux bains, à la noix vomique, à l'électricité, etc. M. Mickwitz eut recours au magnétisme minéral, qui était d'autant plus indiqué que l'affection ne paraissait pas être organique ; car les douleurs étaient périodiques et ne pouvaient pas être provoquées par une pression sur la colonne vertébrale. On appliqua deux aimants en fer à cheval sur les mollets et deux plaques à la partie inférieure de la face postérieure des cuisses, une plus grande plaque sur le sacrum, et le malade ainsi armé fut renvoyé dans ses foyers à Moscou. Après six semaines, il écrivit au médecin que la faiblesse et les douleurs avaient disparu. Depuis cette époque, il y a un an et demi, il n'a plus donné de ses nouvelles.

---

37. *De la lobélie enflée contre l'asthme ;* par le docteur Tott (à Ribnitz).

(Neue medicinische chirurgische Zeitung.)

Ce n'est que comme moyen palliatif que l'auteur recommande cette plante ; il l'a employée pour la première fois chez un cordonnier affecté depuis longues années d'asthme pituiteux contre lequel on avait eu recours aux vésicatoires, à l'assa fœtida, à la belladone, etc. Il donna la teinture de lobélie à la dose de 20 gouttes, plus tard à 45 et même 50 dans une cuillerée de décoction de guimauve toutes les deux heures. Depuis deux ans, le malade n'eut qu'un accès qui s'était répété auparavant tous les

quinze jours, et n'avait pu être calmé qu'en fumant de l'herbe de stramonium.

Dans un autre cas, chez un matelot, depuis trois ans sujet à des accès d'asthme convulsif, rares dans le principe et devenus quotidiens plus tard, et chez lequel les moyens anti-asthmatiques ordinaires étaient restés sans effet, on donna douze paquets de poudre de lobélie, chaque de 3 grains, sans obtenir le moindre soulagement : ce n'est qu'après quelques doses de teinture, 30 gouttes toutes les demi-heures dans du thé de camomille, que les accès se calmèrent et ne sont plus revenus depuis un an et demi. La lobélie en poudre, en teinture et en décoction, fut encore donnée avec le plus grand succès chez une femme affectée d'asthme pituitaire et chez une jeune fille sujette à des accès convulsifs depuis plusieurs années.

---

38. *Naissance d'un fœtus de 8 mois enfermé dans les membranes demeurées intactes ;* par M. Butler Lane.

(The Medical Times.)

Rien n'est plus commun, lorsque le fœtus est expulsé pendant les premiers mois de la grossesse, que de le voir entouré des membranes et exactement renfermé sans aucune rupture de celles-ci. Mais ce qui est la règle dans le début de la gestation devient assez exceptionnel, à une époque plus avancée, pour que le cas suivant mérite, sous ce rapport, d'être recommandé à l'attention des accoucheurs. Outre l'intérêt qu'il emprunte à cette circonstance, il est aussi digne d'être médité sous le rapport de la question médico-légale qu'il souleva, et dont l'issue, sans une intervention aussi éclairée du médecin, eût pu être fatale à l'accusée.

Obs. — M. Lane fut appelé, dans la matinée du 20 juin 1845, pour visiter le corps d'un nouveau-né qu'on supposait avoir été enfanté par une servante du voisinage. Cette fille, âgée de 21 ans, d'une intelligence un peu faible, dit d'abord qu'*elle n'avait pas accouché d'un enfant.* Elle avoua, du reste, qu'elle se croyait enceinte de huit mois. L'enfant examiné avait 16 pouces et demi de longueur et pesait à peine 3 livres et demie. Il paraissait émacié. La surface des téguments n'offrait aucune trace de violence. Le point central du corps était à un demi-pouce du nombril. La membrane pupillaire n'existait plus ; il y avait quelques cheveux ; les narines étaient bien développées. Quant aux annexes, le placenta n'était pas séparé ; les membranes y adhéraient et paraissaient denses et épaisses. Le cordon ombilical,

long de 5 à 6 pouces, ne semblait avoir été ni déchiré ni tiraillé.

D'après l'aspect de l'enfant, M. Lane n'hésita pas à conclure qu'il avait au moins 8 mois. Les poumons hépatisés allèrent au fond de l'eau, soit lorsqu'on les y plongea en totalité, soit après qu'on les eut divisés par tranches.

Deux témoins avaient assisté à l'accouchement : une compagne de la servante et sa maîtresse. La première, ayant remarqué quelques traces de sang, prévint sa maîtresse. Celle-ci découvrit l'enfant qui avait été déposé dans une caisse près du lit. Du reste, l'accouchement s'était fait en moins d'une heure. Sur ces dépositions, la servante fut mise en prison sous la prévention d'avoir caché la naissance de son enfant.

M. Lane ayant entendu parler par les témoins d'*une peau* qui enveloppait l'enfant lorsqu'on le découvrit, fit de nouvelles questions, et apprit avec étonnement que l'enfant était entièrement entouré par les membranes en venant au monde, et qu'on les avait ouvertes seulement quelque temps après sa naissance. La maîtresse dit qu'elle ne vit pas d'abord l'enfant, qu'elle ne put pas même en reconnaître la forme à travers les membranes, mais que, soupçonnant, d'après son expérience, ce que contenait cette enveloppe, elle l'ouvrit. Quant à la camarade de l'accusée, elle assura également qu'elle n'aurait pas été capable d'apercevoir l'enfant avant qu'on eût divisé les membranes, quoiqu'elle crût qu'elle en aurait pu distinguer la configuration extérieure. Au fait, elle était persuadée d'avance que sa compagne était enceinte, et que, n'ayant aucune connaissance en ces matières, elle croyait probablement que les enfants viennent au monde comme les poulets, renfermés dans un œuf. Quelques minutes s'étaient certainement écoulées entre le moment où l'on découvrit le produit de l'accouchement et celui où l'on fendit les membranes.

En réfléchissant à ces circonstances, M. Lane pensa que si cette malheureuse ne savait point avoir donné le jour à un enfant, elle n'était point coupable de l'avoir *caché volontairement.* Il se souvint alors de la première réponse faite par elle « qu'elle n'avait pas accouché d'un enfant, » et alla de nouveau l'interroger, sans lui laisser deviner l'objet de ces nouvelles questions. Elle répondit qu'elle avait senti, dans la journée qui précéda son accident, quelques douleurs comme elle en éprouvait habituellement lors de l'époque de ses règles, qu'elle avait peu souffert lors du passage du corps en question, et avait cru en conséquence que ce n'était que du sang coagulé, qu'elle ne s'était point doutée de la présence d'un enfant, et ne l'avait su que le lendemain matin par sa maîtresse.

L'affaire ayant été portée devant les juges, on fit valoir toutes ces circonstances, et le tribunal prononça l'acquittement, le fait d'avoir caché la naissance de l'enfant n'étant point prouvé.

---

39. *Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie; enfant mort, déjà en décomposition; mort de la mère*; par M. Ed. de Siebold.

(Neue Zeitschrift für Geburtskunde.)

Obs. — Une femme de 36 ans, née de parents sains, ayant joui elle-même d'une bonne santé jusque vers l'âge de 29 ans, a été mariée dans sa vingt-troisième année à un ouvrier en laine. L'année suivante, elle accoucha d'un garçon fort et bien constitué, qui mourut à l'âge de 4 ans des suites d'un exanthème rentré. Deux ans après sa première couche, elle mit au monde, le 12 août 1834, une fille, petite et chétive, qui mourut en état d'*athrophie* au bout de deux mois. Le 19 mars 1836, elle accoucha de nouveau d'un garçon, également chétif, venu, selon toutes les apparences, avant terme, et qui mourut le 25 juin suivant. C'est à cette époque que remontent les premières atteintes de la maladie de la mère. Elles se montrèrent d'abord, dit l'auteur, sous forme d'accès de goutte aiguë, erratique, qui bientôt prit la forme chronique et permanente. La quatrième grossesse, qui survint alors, s'accompagna de troubles notables. La sage-femme qui devait l'accoucher, ayant constaté une saillie considérable de l'angle sacrovertébral qui s'opposait à la descente de l'enfant (celui-ci se présentait par le siége), fit appeler, le 3 août 1838, un accoucheur qui termina l'accouchement par les pieds. L'enfant, du sexe féminin, était très-petit et chétif, et mourut rachitique le 15 février 1842. A la suite de cette quatrième couche, la mère ne s'est jamais bien rétablie. Elle éprouvait des tiraillements, des douleurs dans le dos, qui s'irradiaient jusqu'au bassin. Elle devint néanmoins enceinte une cinquième fois, et accoucha, le 4 octobre 1840, d'une fille excessivement débile, qui mourut au bout d'une heure. En outre, elle avait eu des fausses couches depuis 1838. — Les douleurs devinrent de plus en plus vives dans le bassin. La colonne vertébrale se dévia. La marche devint de plus en plus difficile, *ansérine*. La poitrine se déforma également, et plus tard le bassin. L'influence de la maladie retentit bientôt sur les fonctions générales, et notamment sur les fonctions digestives.

Malgré cet ensemble de symptômes, elle devint enceinte une huitième fois vers le milieu de 1843. Cette dernière grossesse fut encore plus pénible que les précédentes. Les accidents

généraux et les déformations du squelette marchèrent avec une nouvelle intensité et rapidité, surtout vers le terme de la grossesse. Le 8 mars 1844, elle éprouva les premières douleurs. Une sage-femme ayant été appelée, attribua ces douleurs, vu leur peu de fréquence et d'intensité, à la maladie générale. Ce n'est que le 14 que M. de Siebold put observer la malade. Elle était arrivée à un degré extrême de débilitation et d'amaigrissement : pouls petit, à 120. Ne pouvant se tenir sur ses jambes, il fallut l'explorer dans le décubitus : le ventre était excessivement tendu, *pendant*, l'ombilic effacé. Le pelvimètre de Baudelocque donnait 8 pouces d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. Le rapprochement des branches ascendantes des ischions était tel qu'il fut presque impossible d'introduire le doigt dans le vagin. Il y avait même un peu plus d'espace immédiatement au-dessous de la symphyse que plus en arrière ; impossible d'arriver avec le doigt jusqu'au fœtus. On pouvait s'assurer que le détroit supérieur avait la forme dite en bouteille.

L'auscultation ne révéla aucun signe de vie chez le fœtus.

L'opération (incision de la ligne blanche) fut pratiquée avec les précautions usitées en pareil cas et sans grande difficulté, si ce n'est une assez forte hémorrhagie au moment de l'incision de l'utérus. L'enfant était mort, et déjà l'épiderme se détachait. Le délivre fut aussitôt retiré par la plaie. L'utérus se contracta vigoureusement, et il n'y eut plus d'écoulement de sang. La plaie fut réunie par suture, et recouverte de bandelettes de diachylon, le tout contenu par un lacs (bandage de corps).

Aussitôt après l'opération, la malade éprouva des nausées sans vomissements ; pouls petit, dépressible, à 125. Dans la nuit, un peu de sommeil à différentes reprises. Le lendemain, aucune incommodité autre qu'un peu de sensibilité dans l'abdomen, s'étendant jusqu'à la poitrine. Dans l'après-midi, nouvelles nausées qui cédèrent à l'administration d'une dose d'acétate de morphine. Dans la soirée, le pouls devint plus fréquent et les traits de la malade plus abattus ; de nouvelles nausées étant survenues, on prescrivit pour la nuit une potion de Rivière. La nuit fut assez calme ; plus de sommeil que la nuit précédente. — Troisième jour. Le pouls est descendu à 110 ; le facies meilleur ; le ventre plus météorisé, mais pas plus sensible que la veille. L'après-midi fut moins bien : abattement physique et moral. (Une cuillerée à bouche d'huile de ricin dans la soirée). — Quatrième jour. La nuit a été moins bonne : nausées ; moins de sommeil ; sentiment de pesanteur au bas-ventre : on coupe les bandelettes sur les côtés de la plaie abdominale, ce qui procure un peu de

soulagement. (Potion de Rivière avec opium.) Amélioration dans la soirée (il était survenu une selle copieuse). — Cinquième jour. La nuit a été très-agitée : pouls à 130 et à 140 dans l'après-midi; peau sèche ; collapsus. Vers minuit, le pouls était à peine perceptible et d'une fréquence extrême. Mort le sixième jour.

*Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* — Météorisme très-considérable ; cicatrisation partielle de la plaie abdominale. Après l'enlèvement des ligatures, elle offre néanmoins une tendance à rester béante. La plaie de l'utérus présentait ce caractère *béant* à un degré remarquable ; ses bords étaient tout à fait renversés en dehors, d'un aspect livide. (Cette disposition, l'auteur l'a remarquée sur plusieurs autres pièces provenant de femmes mortes des suites de la même opération, et a d'ailleurs été signalée déjà par M. Busch, *Zeitsschr. für Geb. Kunde*, t. V, p. 173, et par Michaëli, Kiel, 1833.) L'utérus n'était que très-peu revenu sur lui-même. Adhérences des intestins au voisinage de la plaie.

— Ce cas est intéressant à plusieurs égards, et d'abord au point de vue de l'hystérotomie. Cette opération était-elle indiquée ? L'absence des signes de la vie chez le fœtus pouvait-elle autoriser la mutilation de ce dernier ? Evidemment non. Outre l'obscurité de ces signes, qui n'ont qu'une valeur positive alors qu'ils sont perçus, mais de l'absence desquels on ne peut nullement conclure à la mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin était telle, que l'extraction même des débris eût été impossible. L'opération était donc indispensable. Mais ici se présente une nouvelle question : l'opération césarienne ne réussit pas également partout ; entre certaines mains, la guérison est la règle et l'issue fatale une exception, tandis qu'ailleurs le contraire a souvent lieu. Or, faisant abstraction du cas présent, d'une gravité tout exceptionnelle, n'y a-t-il pas des conditions qui décident de ces résultats si opposés ? Quelles sont ces conditions ? Est-ce le procédé opératoire, le plus ou moins de rapidité, de netteté dans l'exécution ? Est-ce le mode de pansement ? Sont-ce les soins consécutifs ou les conditions hygiéniques où se trouvent les opérées ? Ou bien ces différences de résultats tiennent-elles aux sujets mêmes ? Toutes ces conditions, et d'autres encore, sont d'une importance majeure et devraient être nettement déterminées. Il y a là matière à des recherches nouvelles et importantes.

Ces considérations nous conduisent à une dernière remarque. Dans le cas présent, comme dans beaucoup d'autres suivis de mort, tout le danger a paru provenir de la plaie utérine, et nullement de la plaie abdominale. En effet, la matrice est le siége

d'un travail considérable ; elle exhale en abondance un liquide éminemment putrescible. La communication de cette matière avec l'air extérieur, d'une part, et avec le péritoine, de l'autre, rend bien compte de la rapidité et de la gravité des accidents, et mérite de fixer la plus sérieuse attention des praticiens.

L'auteur, M. de Siebold, quoique employant le mot *ostéomalacie*, semble attribuer le ramollissement des os au vice arthritique. L'ostéomalacie, caractérisée à ce degré, ne saurait être confondue aujourd'hui avec l'altération du système osseux propre à l'affection goutteuse, cette dernière cause réalisant un genre d'altération osseuse toute particulière, caractérisée surtout par la dégénérescence graisseuse.

---

40. *Prolapsus complet de l'utérus pendant le travail ; accouchement artificiel suivi de réduction de l'organe et d'une guérison complète ;* par le docteur Raymond-Harris, du comté de Bryan.

(Southern med. and surg. Journal, et medical Examiner, Philadelphia, 1845.)

Au mois d'avril 1829, une négresse appartenant au capitaine George Rentz, du comté de Mac-Intosh, fut prise des douleurs de l'accouchement. Agée de 40 ans, d'une bonne constitution, mère de plusieurs enfants, elle ne paraissait pas avoir eu antérieurement de prolapsus ni aucune autre affection de la matrice. Quelque chose d'extraordinaire étant survenu dans le cours du travail, on envoya chercher le docteur Harris, qui trouva la femme dans l'état suivant : Elle était couchée sur le dos ; l'utérus gravide était tout entier entre les cuisses, retenu seulement par ses ligaments fort tendus mais non déchirés. Un fluide séreux ou sanieux s'écoulait de la surface de la tumeur. Il y avait 24 heures que les choses étaient dans cet état. Les douleurs avaient cessé depuis cette précipitation de l'utérus, et au moment même elles étaient encore nulles. Le liquide amniotique était écoulé. Il n'y avait ni mouvement, ni aucun autre signe de vie chez l'enfant. L'utérus était dans un calme parfait et ne semblait nullement disposé à se contracter. L'orifice était dilaté de manière à laisser pénétrer deux doigts.

La terminaison de l'accouchement ayant paru absolument nécessaire, le docteur Harris l'opéra artificiellement. Il perfora le crâne avec un instrument approprié, et faisant soutenir l'utérus par un aide, il porta la main dans sa cavité, et, par des tractions ménagées, fit l'extraction de l'enfant. Les manœuvres furent peu douloureuses. L'utérus, à peine contracté, fut alors réduit, et le docteur Harris quitta la femme après avoir conseillé le décu-

bitus dorsal. Elle se rétablit fort bien, et, deux ans après, elle continuait de se bien porter.

Le docteur John M. B. Harden, du comté de Liberté, dans la Géorgie, auquel le docteur Harris avait communiqué le fait précédent, rappelle à ce sujet celui observé par le docteur Perfetti (*British and foreign médical Review, april* 1844), et celui consigné dans le *Dublin médical Press*, par le docteur Darbey, de Drogheda. Dans le premier cas, le prolapsus était incomplet; l'utérus dépassait de six travers de doigt seulement les parties génitales externes. Sa femme avait une descente de matrice depuis l'âge de 15 ans. L'orifice utérin était dur et non dilatable, et le docteur Perfetti crut nécessaire d'y pratiquer des incisions; après quoi il fit l'extraction de l'enfant à l'aide du forceps. La mère se rétablit très-bien. — Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 42 ans, affectée d'un prolapsus de la matrice depuis quelques années, enceinte de son septième enfant. L'utérus était entre les cuisses, livide; l'orifice sec, non dilaté; les douleurs fortes, accompagnées de crampes violentes dans les extrémités inférieures. Le docteur Darbey fit une saignée de 30 onces, et administra une mixture opiacée qui calma la femme et dissipa les crampes ainsi que les autres symptômes fâcheux. Après deux heures d'un bon sommeil, les contractions utérines se réveillèrent, l'orifice se dilata graduellement et sans interruption, et bientôt naquit un enfant bien portant, mais d'un petit volume. Le placenta vint peu de temps après, et l'utérus ayant été réduit, il ne survint plus rien de fâcheux.

— Le docteur Harden, en rapportant le fait déjà ancien du docteur Harris, prend soin de se porter garant de la véracité de son confrère. Pour notre part, nous n'élevons pas le moindre doute sur l'existence, dans ce cas, d'un prolapsus utérin survenu pendant le travail même. Portal n'a-t-il pas observé un fait de ce genre, et depuis bien longtemps la question n'a-t-elle pas été traitée *ex professo* par Sabatier? Depuis lors même, d'autres cas n'ont-ils pas été rapportés, et dernièrement encore, Trefurt n'en a-t-il pas fait connaître un fort intéressant? S'il nous paraît incontestable qu'il y ait eu prolapsus produit par les efforts de l'accouchement, il ne nous semble pas démontré que ce prolapsus ait été complet. Au moins, pour ajouter une foi entière à cette observation, aurions-nous voulu qu'elle fût entourée de plus de détails. Suffit-il de dire que l'utérus était tout entier au dehors, et n'eût-il pas fallu, comme l'ont fait les bons observateurs, faire connaître le volume et les limites de la tumeur? A quel terme de la grossesse l'accouchement avait-il lieu? Voilà des points qu'il était

fort important d'indiquer, et le silence de l'auteur à cet égard laissera toujours planer quelque doute, sinon sur sa véracité, au moins sur l'exactitude avec laquelle il a été observé. Quant au procédé suivi pour terminer l'accouchement, nous ne pouvons partager l'opinion du docteur Harden ; et si la préférence qui lui a été accordée s'excuse par la mort de l'enfant, il est évident que la vie du fœtus eût été une contre-indication absolue. D'ailleurs, qui ne sait qu'en pareil cas le débridement de l'orifice utérin, suivi ou non de l'application du forceps, est le meilleur moyen de remplir toutes les indications et de concilier tous les intérêts ?

---

41. *Sur l'influence toxique des papiers de tenture de couleur verte.*

(Annalen der Staats-Arzneikunde.)

Il y a déjà quelques années que M. Gmelin a appelé l'attention publique sur les dangers auxquels exposent les papiers verts contenant des sels d'arsenic et de cuivre. La commission sanitaire du grand-duché de Bade s'étant occupée de cette question, a demandé au professeur de Heidelberg un nouvel avis, qui a été donné sous la date du 22 juin 1844.

Les tapisseries de papiers *jaunes*, quoique contenant de l'orpiment, n'ont pas donné lieu jusqu'aujourd'hui à des accidents, à moins que ces papiers n'aient été grattés et que des ouvriers n'aient inspiré la poussière ; il n'en est pas de même des papiers *verts*, de couleur émeraude brillante, dans la fabrication desquels on emploie depuis quelque temps des acétates et des arséniates de cuivre. Les anciens, moins beaux, étaient préparés avec du carbonate de cuivre. La même observation s'applique aussi aux vernis à l'huile des appartements et aux visières des casquettes.

Aux faits déjà connus, M. Gmelin en ajoute encore quelques autres.

Le cocher Unholz couchait avec sa femme dans un appartement tapissé de papier vert depuis trois ans. En automne 1839, il y eut une odeur désagréable très-forte dans la chambre ; le mari se réveillait tous les matins avec une céphalalgie, des malaises, une sécheresse dans la bouche : ces symptômes se dissipaient dans la journée, et la femme se plaignait d'une toux opiniâtre. Les époux se rétablirent aussitôt qu'on leur fit changer de chambre à coucher.

Fauth, grand bailli à Mosbach, s'était déjà proposé de faire ouvrir le plancher, à cause d'une odeur qu'il attribuait à la présence de souris sous le parquet, lorsqu'il eut connaissance des notes de M. Gmelin ; il fit changer la tapisserie verte, et l'odeur disparut.

Dans la maison du bailli d'Eberbach, il n'y avait une odeur repoussante que dans deux chambres tapissées en vert, situées à une grande distance l'une de l'autre dans l'étage supérieur, tandis que les autres appartements, même ceux du rez-de-chaussée, certainement plus humides, n'exhalaient aucune odeur.

*Le mercure de Souabe* du 30 novembre et du 1er décembre 1839, rapporte deux faits : dans l'un, il s'agit d'un homme qui ne séjournait dans son appartement que les dimanches, où il était pris également de mal de tête.

A Neubourg, près de Heidelberg, un local humide peint en vert, couleur à l'huile, répandait également une odeur repoussante.

Dans les *Annales de Pharmacie* de 1836 (vol. 17, p. 136), M. Liebig, qui alors protégeait encore la tapisserie verte, rapporte l'observation d'un homme qui, pendant des années, avait une éruption au front causée par une visière verte de casquette. L'éruption disparut avec le changement de coiffure.

Un léger empoisonnement fut occasionné chez une servante qui avait frotté avec un balai une tapisserie verte.

Il est évident que cette odeur repoussante et caractéristique qu'on n'a observée que dans les chambres tapissées de papier vert, ne peut être attribuée qu'aux émanations de l'arsenic, probablement combiné à une matière organique et non vaporisé à l'état d'hydrogène arsénieux, qui, quoique très-délétère, est sans odeur. Sans défendre complétement les tapisseries de papier vert et les vernis de couleur verte, il est prudent de ne les employer que dans des chambres exposées au midi, bien aérées et régulièrement chauffées, et de s'en éloigner aussitôt qu'on y sent cette odeur de souris, caractéristique, produite par la fermentation de l'arsenic humide avec les matières organiques qui ont servi à faire la couleur. Les domestiques qui nettoient les murs tapissés ou vernis de vert, et surtout les ouvriers qui sont chargés d'enlever ou d'appliquer les papiers, doivent avoir la précaution de se couvrir la bouche et le nez avec une éponge humide.

---

### 42. *Du sommeil; de son importance pour prévenir la folie.*

(The american Journal of Insanity) (1).

Le manque de sommeil est une des causes les plus fréquentes et les plus immédiates de la folie, d'après l'auteur américain. On voit si rarement, dit-il, un cas récent de folie qui n'ait pas été précédé par le défaut de sommeil, qu'on pourrait presque consi-

(1) Ce journal paraît tous les trois mois, sous les auspices des médecins de l'asile des aliénés de l'Etat de New-York, à Utique.

dérer ce dernier comme le précurseur ordinaire de l'aliénation mentale. Malgré toutes les causes prédisposantes et efficientes de cette affection, on ne la verrait que bien rarement se développer, si ces causes n'étaient pas de celles qui ont souvent pour effet d'amener la perte du sommeil. Une mère qui a perdu son enfant, le commerçant qui perd sa fortune, le fanatique, ont leur imagination dans un état d'excitation maladive qui mène à la folie; cependant ils éviteront cette fâcheuse terminaison s'ils dorment bien. Aussi les personnes qui sont dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, celles surtout qui ont eu une première attaque, doivent-elles éviter avec soin tout ce qui peut troubler leur sommeil, passer les soirées à leur propre foyer et se coucher de bonne heure. Un bon sommeil peut aussi d'ailleurs préserver de beaucoup d'autres maladies, particulièrement de celles qui atteignent le système nerveux.

Les individus qui se livrent à de durs travaux devraient se coucher à neuf heures ; les autres à dix ou à onze heures au plus tard. Ceux dont le sommeil n'est pas calme doivent passer la soirée dans une occupation paisible, et éviter, par conséquent, les spectacles, les bals et les réunions du soir, qui ont pour effet d'exciter l'imagination et de préparer un sommeil agité. Ces détestables manières de passer les soirées font malheureusement fureur dans le continent américain comme à Paris ; toutes les classes de la société y prennent goût, et c'est peut-être, dit l'auteur, une des causes de l'augmentation des maladies nerveuses.

Pour se procurer un bon repos, il faut se retirer de bonne heure, n'avoir ni trop chaud ni trop froid, dormir sur des matelats de crin ou sur un lit dur. La chambre à coucher doit être vaste et bien aérée ; le lit ne sera ni auprès d'un mur ni auprès d'une fenêtre. On ne doit avoir aucun lien serré autour du cou, et il ne serait pas mal d'imiter les Chinois qui se brossent les dents avant de se livrer au repos. Le café et le thé pris trop tard éloignent le sommeil ; il en est de même de certaines occupations qui tendent trop fortement l'esprit.

Quelques personnes peuvent cependant travailler fortement et longtemps de tête la nuit, et jouir néanmoins d'un sommeil calme. Il en est d'autres auxquelles peu de repos suffit ; mais ce sont là des exceptions. Le général Pichegru assurait à sir Gilbert Blane que, pendant une de ses campagnes qui dura une année entière, il ne dormit pas plus d'une heure sur vingt-quatre. Napoléon paraissait aussi pouvoir appeler et éloigner le sommeil à volonté.

Un des membres les plus influents du cabinet français, que nous croyons, toutefois, pouvoir nous dispenser de nommer, un

des ministres actuels, est, dit l'auteur américain, un *bon dormeur*. Un écrivain probablement français, et dont nous regrettons de travestir le style en traduisant ses paroles de l'anglais, dit de cet homme remarquable : « La facilité avec laquelle il se livre au sommeil après une excitation extrême ou après l'exercice longtemps prolongé de ses facultés intellectuelles, a quelque chose qui tient du prodige, mais qui est en même temps une sauvegarde pour sa santé. Un ministre, en France, ne doit pas être un homme nerveux, ou il mourra à la peine. Après les séances tumultueuses de la Chambre et les aggressions sauvages d'une opposition sans pitié, le ministre calme la violence des impressions qu'elles ont suscitées en lui en se jetant sur son lit ; il y jouit aussitôt d'un sommeil réparateur, d'où il s'arrache à minuit pour examiner les épreuves du *Moniteur*. »

Ces idées ne sont pas absolument nouvelles, au moins pour une partie ; mais elles ont leur importance, et les médecins eux-mêmes pourraient en faire leur profit.

---

# MÉLANGES.

## 43. *Verugas, maladie endémique dans le Pérou.*

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

C'est ainsi que les indigènes appellent une maladie endémique du Pérou, dont M. le docteur de Tschudi, qui a eu occasion d'en voir plus de cinquante cas pendant un séjour de quatre ans et demi, vient de donner la description.

Cette maladie se présente sous la forme d'exanthème, et son développement peut être divisé en quatre périodes.

*Prodromes.* — Malaise au début, abattement, anorexie, céphalalgie fugace, vertiges, suppression de la transpiration, sécheresse et chaleur de la peau, douleur au cou avec dysphagie intermittente, plutôt nerveuse qu'inflammatoire, et même impossibilité d'avaler, sans rougeur du pharynx.

*Éruption.* — Crampes dans les bras et dans les mollets, douleurs intermittentes, et souvent très-fortes, dans les os, principalement dans les jambes, avec un sentiment de distension des os : ce symptôme est pathognomonique, car il manque à peine une fois sur vingt. Ces douleurs, après une durée de quelques jours, diminuent d'intensité, et alors apparaissent sous la peau des indurations du volume d'une lentille, mobiles et indolentes, et arrivant en peu de jours aux dimensions d'une noisette, quel-

quefois à celle d'un œuf de poule ou même du poing ; l'épiderme qui les couvre s'amincit, devient d'un rouge vif avec des traînées d'un bleu foncé. Il se forme fréquemment à un endroit, le plus souvent sur la partie la plus élevée de la tumeur, un point brun-noirâtre d'où s'élève une vésicule qui se rompt et laisse écouler une quantité de sang noir, épais, sans que la tumeur diminue. L'éruption commence ordinairement aux articulations et s'étend suivant la direction des os longs ; elle se montre rarement à la poitrine : jamais l'auteur ne l'a vue au dos, au cou, au ventre, mais à la région mastoïdienne, au front, et une fois sur les paupières supérieures.

*Efflorescence.* — Aucune des périodes n'a de durée déterminée ; l'éruption se fait peu à peu, elle est en rapport avec l'efflorescence, qui est d'autant plus lente que l'éruption a été plus lente aussi. Pendant ces deux périodes, le malaise, les crampes et les douleurs dans les os continuent ; mais la dysphagie disparaît après l'apparition de l'exanthème. Avec l'efflorescence se montre un autre symptôme, l'œdème, qui commence aux mains et aux pieds, et s'étend promptement, s'il n'est pas arrêté par une ligature, à tout le corps du malade qui devient méconnaissable. Cet œdème diminue aussi vite qu'il a augmenté, et disparaît après quelques jours, et même après quelques heures, pour reparaître fréquemment dans le courant de la maladie ; souvent il reste fixé localement, surtout aux pieds. Les boutons sont très-sensibles, et laissent échapper, à la moindre pression, une quantité de sang foncé, dont l'écoulement est accompagné de convulsions si douloureuses, que le malade tombe en syncope. L'écoulement spontané est si peu douloureux, que le malade peut se voir baigné de sang avant d'avoir senti l'endroit de l'hémorrhagie.

*Décroissement.* — Très-variable dans sa forme et dans sa durée, cette période se fait parfois dans quelques jours ; mais le plus souvent elle se prolonge pendant des mois. Les petites tumeurs disparaissent sans laisser de traces : ce n'est que lorsqu'elles ont souvent saigné, qu'on voit des eschares d'un brun foncé remplacées à leur chute par de petites cicatrices rouges. Les grandes tumeurs suppurent à leur base , elles deviennent plus petites, se flétrissent sous forme d'une masse brune, et laissent à leur place une plaque très-rouge qui disparaît avec le temps.

La fièvre se montre à toutes les périodes ; ordinairement peu intense, elle se caractérise par des exacerbations régulières.

L'auteur distingue dans cette maladie plusieurs formes que nous sommes obligés de passer sous silence, et qui sont basées sur la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes dont nous venons de présenter le tableau.

La douleur au cou, dans les os, et les crampes, peuvent déjà faire soupçonner la maladie avant l'éruption, mais ne suffisent pas pour fonder un diagnostic certain, qui n'est assuré que par l'apparition des boutons caractéristiques. Les douleurs des os se distinguent de celles de la syphilis par leur apparition irrégulière et par les autres symptômes indiqués plus haut, dont elles sont accompagnées.

La cause la plus probable de cette maladie paraît être celle indiquée par les Indiens : l'eau de quelques sources. Presque dans toutes les vallées qui conduisent des côtes de l'océan Pacifique aux Cordilières, il y a quelques sources d'eau dont les conducteurs de mulets ne boivent jamais, ne laissent pas boire leurs bêtes, et défendent aux étrangers de s'y désaltérer, en s'écriant : *Es agua de veruga*, c'est de l'eau de verugas. Cependant, parmi les causes occasionnelles admises même par les Indiens, il faut surtout noter le refroidissement brusque par des courants d'air, ou l'usage de l'eau froide, le corps étant échauffé.

La marche et la durée de la maladie sont ordinairement lentes; rarement elle dure moins de deux mois, le plus souvent six, huit et plus.

Rarement elle se termine par le retour à une santé parfaite. La mort n'en est pas la terminaison la plus ordinaire, mais plutôt des incommodités diverses, ou de véritables maladies, telles que l'hypertrophie des parties qni ont été le siége de l'éruption, l'anasarque, la paralysie.

Le traitement de cette affection est peu connu et peu avancé. Les Indiens emploient, au début, des diaphorétiques énergiques qu'ils trouvent dans quelques plantes indigènes. Rien de précis sur le traitement des autres périodes.

---

### 44. *Formule d'un remède contre l'hydrophobie.*

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

Il n'y a encore que très-peu de temps que l'on a expérimenté à l'École vétérinaire de Lyon un remède contre la rage. Nous trouvons dans un journal italien de Turin des détails sur la préparation et le mode d'administration de ce médicament, que nous nous empressons de faire connaître tel qu'on nous le donne :

Asclépiade (*asclepias vincetoxicum*), 6 drachmes.
Ecorce de sorbier (*eratœgna terminalis*), prise sur les plus jeunes branches, 2 drachmes.
Et la partie la plus intérieure de jeunes gousses d'ail.

Le tout se met ensemble dans un vase contenant environ une demi-pinte d'eau. On l'y laisse pendant douze heures, puis on fixe le couvercle et on place le vase devant le feu; et après la

première ébullition, on le laisse à un feu modéré, ayant soin que la vapeur ne soulève pas le couvercle et que le mélange ne bouille pas. Finalement on enlève la décoction du feu et on la transvase pendant qu'elle est encore chaude. On la fait prendre tiède. Cette décoction n'est bonne que pour un jour ; il faut en faire chaque jour une nouvelle. La dose, pour une personne adulte, est de cinq cuillerées à bouche, tandis que, pour les enfants, elle ne doit être que d'une cuillerée à trois au plus, suivant l'état du malade. Ordinairement on ne prend le remède qu'une fois le jour, le matin à jeun. La préparation du remède doit être commencée la veille du jour où il doit être administré, de cinq à six heures du soir, les substances devant rester en infusion pendant douze heures et être soumises à la coction pendant plus d'une heure. A ceux qui le désirent, Kowath donne le remède deux fois par jour, matin et soir ; mais, dans ces cas, la dose du soir sera d'une cuillerée moindre : toutefois il croit que c'est inutile. Quand on sait quel jour la personne a été mordue par un animal enragé, il administre le remède après autant de jours qu'il s'en est écoulé depuis la morsure. « Si, par exemple, dit l'auteur, mon chien a été mordu par un animal enragé le septième jour avant que la rage se soit manifestée, et s'il me mord aujourd'hui, je devrai prendre le remède d'aujourd'hui en sept jours. » Si, au contraire, comme cela arrive le plus ordinairement, on ne sait pas depuis combien de jours la rage s'est développée chez l'animal qui a fait la morsure, Kowath administre le remède à dater du neuvième jour de la morsure. Néanmoins, si la personne qui a été mordue témoigne de l'inquiétude, il conseille de l'administrer dès le troisième jour et de répéter la dose pendant six jours. Du reste, il assure, d'après une expérience de plusieurs années, qu'il n'est pas nécessaire de prendre le remède avant qu'il se soit manifesté des symptômes qui indiquent que la rage est imminente, et qu'en commençant alors seulement à le prendre, il opère beaucoup plus sûrement. Aussi l'administre-t-il presque toujours de cette manière. Ce remède occasionne tout au plus un peu de malaise, et, chez les enfants, il peut produire quelquefois aussi des vomissements. Kowath prête peu d'attention à la plaie qui résulte de la morsure ; il considère comme opportun, mais non pas nécessaire, de la maintenir en suppuration ou de la brûler. Chez la plupart des personnes qui ont guéri, la plaie s'est réunie. (*Giornal della scienz. med. di Torino*, février 1846.)

Les expériences faites à Lyon avec ce remède, et dont on a fait grand bruit, nous ont engagé à donner place à ce traitement de la rage. Mais nous ne comptons pas plus sur lui, jusqu'à plus

ample informé, que sur tous ceux qu'on a fait connaître jusqu'ici.

---

45. *De l'emploi du proto-iodure de fer dans quelques affections chirurgicales;* par le docteur SIRUS PIRONDI.

(Clinique de Marseille.)

Le composé ferrique généralement connu sous le nom d'iodure de fer a eu cours en thérapeutique à une époque antérieure aux recherches du docteur Dupasquier; mais c'est en 1835 seulement que l'on s'est plus particulièrement occupé de cette préparation, car c'est à cette date que remontent les expériences du professeur de Lyon. Chargé alors d'un service fort important à l'Hôtel-Dieu, M. Dupasquier put, pendant la période de six ans, se livrer à de nombreuses investigations sur les effets d'un médicament auquel, par une idée habilement préconçue, il voulait confier le traitement des nombreux phthisiques qu'il avait à traiter; et c'est à cette même époque que ce praticien distingué trouva moyen de corriger, en savant chimiste, les inconvénients reconnus à l'iodure de fer employé jusqu'alors, et formula une nouvelle combinaison de l'iodure et du fer formant un proto-sel parfait, nullement altéré par l'air, sans excès ni d'iodure ni de fer, et dans lequel cependant l'iodure est parfaitement saturé par le fer.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur le mode de préparation de ce sel; car la formule Dupasquier se trouve à peu près dans toutes les meilleures pharmacopées, dans tous les récents recueils de pharmacologie. — J'ajouterai seulement que le proto-iodure de fer se décomposant facilement au contact de l'air, on ne doit le préparer qu'au fur et à mesure qu'on l'emploiera, et qu'on doit l'administrer, d'après le conseil de M. Dupasquier, dans du sirop de gomme blanc; car il est d'abord bien facile de pouvoir ainsi reconnaître, par la transparence du sirop, si le protosel est bien pur, et l'on peut ensuite se promettre de le conserver d'autant mieux, sous cette forme, que le sucre et la gomme ont la propriété d'empêcher l'oxydation du fer.

Le proto-iodure de fer a été employé contre toutes les affections où l'on avait précédemment essayé les iodures de fer, et toujours son action a été trouvée de beaucoup préférable à cette dernière préparation. Dans une visite faite il y a sept mois par M. Dupasquier à la Société royale de médecine de Marseille, il insista surtout pour que ce proto-sel de fer fût mis en usage contre toutes les formes du vice scrofuleux, et les observations qu'il cita à l'appui de ses assertions furent présentées avec tant de conviction, que nous nous mîmes en devoir d'essayer d'un nou-

veau moyen thérapeutique offrant toutes les garanties désirables.

Nous étant donc assuré de la bonne préparation de ce médicament dans plusieurs de nos officines, nous avons profité de toutes les circonstances favorables qui se sont présentées pour pouvoir surveiller attentivement son emploi et observer ses effets.

1° *Engorgements glandulaires.* — Depuis longtemps nous avons l'habitude de combattre l'affection scrofuleuse par l'hydrochlorate de baryte, quelle que soit la forme qu'elle revêt : il a été suffisamment prouvé ailleurs les effets qu'on en obtient.

Quant aux engorgements glandulaires du cou ou du mésentère, j'associe les frictions locales d'iodure de potassium à l'usage du muriate de baryte à l'intérieur, et j'obtiens ordinairement de fort bons effets de ce mode de traitement ainsi combiné.

Cependant, il ne faut pas se faire illusion sur l'infaillibilité d'un remède, quelle que soit d'ailleurs son efficacité. — Journellement, et sans qu'on puisse le plus souvent s'en expliquer la cause, on voit une méthode de traitement échouer dans des cas où il y avait lieu de se promettre un succès ; — et tout praticien qui s'obstinerait quand même à un *traitement immuable*, s'exposerait indubitablement à de tristes résultats. — Au mois d'octobre dernier, huit enfants, âgés de quatre à huit ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, et atteints d'engorgements glandulaires autour du cou, étaient depuis quelque temps soumis à l'usage de l'eau de baryte et des frictions d'iodure de potassium sans en éprouver d'amélioration sensible. — Je voulus essayer le proto-iodure de fer, et je le prescrivis à la dose moyenne de *dix gouttes* par jour dans du sirop de gomme.

Pendant un mois, je ne notai aucun amendement. — Dès lors, la dose fut portée au double, sans que l'estomac en ait aucunement été dérangé. — L'engorgement local commença presque aussitôt à diminuer, et il avait complétement disparu au bout de cinq semaines. — J'engageai toutefois les parents des jeunes malades à ne point suspendre l'usage du sirop ioduré de quelque temps encore, et surtout à le reprendre dès que ces engorgements, d'ordinaire si rebelles, menaceraient de reparaître. — J'ai eu l'occasion de revoir deux de ces enfants tout dernièrement, et j'ai pu me convaincre de l'utilité de cette dernière recommandation. — Un peu d'engorgement sous-maxillaire, en effet, s'était présenté et avait promptement disparu après quelques jours d'usage du sirop ioduré.

Il ne sera pas inutile de faire observer ici que les frictions d'iodure de potassium ont été suspendues sur trois des huit malades susmentionnés, presque en même temps que l'on a commencé l'usage du proto-iodure de fer. — Les effets du médica-

ment interne ont été un peu plus lents que lorsqu'on lui associe les frictions locales. — Il est des cas pourtant où il faut renoncer complétement à l'absorption cutanée de l'iodure de potassium, eu égard aux éruptions déterminées sur la peau par le contact de cette substance. On peut alors, et sans inconvénient, augmenter la dose à l'intérieur de proto-iodure de fer.

Chez trois autres enfants âgés de trois, cinq et huit ans, atteints d'*achore muqueux* accompagné d'engorgements lymphatiques autour du cou, j'ai prescrit le proto-iodure de fer sans leur avoir fait subir aucun autre traitement, et j'ai obtenu en fort peu de temps des résultats très-remarquables.

2° *Affections chroniques des os.* — Deux jeunes filles, l'une âgée de 19 ans et l'autre de 17, atteintes de rachitisme, ont été soumises presque en même temps à l'usage du proto-iodure de fer à une dose assez élevée. — La plus âgée n'avait jamais été réglée, et n'a éprouvé absolument aucun effet de l'emploi de ce médicament. La plus jeune avait eu quelque légères pertes mensuelles à des époques irrégulières. Cette dysménorrhée a promptement cédé sous l'influence du proto-iodure de fer, et depuis quatre mois qu'elle fait usage de ce ferrugineux, les menstrues sont périodiques et assez abondantes.

Cependant l'affection des vertèbres n'en continue pas moins sa marche, et, pas plus que dans l'autre cas où l'utérus est resté inerte, le proto-sel de fer ne paraît avoir modifié la marche de la carie.

Nous en dirons autant d'un cas de carie fort avancée des os du tarse chez un homme de 35 ans, et d'un cas de tumeur blanche siégeant à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit chez une jeune fille de 6 ans : le proto-iodure de fer, administré à la dose de plusieurs grammes par jour, n'a pas produit plus d'effet que le muriate de baryte ou l'huile de foie de morue chez ces deux malades, dont le premier a dû subir l'amputation.

En résumé :

Le proto-iodure de fer nous a parfaitement réussi chez les enfants en bas âge, atteints d'engorgements glandulaires ou d'exanthème croûteux lymphatique.

Ce médicament n'a pas produit d'amélioration notable chez les sujets atteints d'affections profondes du système osseux, avec ou sans carie.

---

46. *Kystes des paupières chez deux malades. Remarques cliniques sur cette affection.* — Hôpital Beaujon. — M. Robert.

(Gazette des Hôpitaux, N° 51 ; 1846.)

Nous avons dans notre service, dit M. Robert, deux malades

affectés de kystes aux paupières. C'est une maladie en elle-même légère, mais très-fréquente dans la pratique, et dont le traitement exige certaines précautions pour être suivi de succès et ne donner lieu à aucun accident. Aussi je vais vous en dire quelques mots, qui ne seront pas sans intérêt pour votre instruction.

Nos deux malades sont deux adultes d'un tempérament lymphatique. Ils affirment n'avoir jamais eu mal aux yeux ni de tumeurs semblables à celles qu'ils présentent maintenant aux paupières. Les kystes chez tous les deux existent à la paupière supérieure, circonstance qui mérite d'être notée. Nous avons observé, pour notre compte, ces tumeurs plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, sans pouvoir pourtant trouver dans l'anatomie de cette partie une raison plausible de ce fait. Ces tumeurs, chez nos malades, commencèrent par un petit point, et allèrent en augmentant, mais avec lenteur. Chez l'un des malades, elles atteignirent le volume d'un gros noyau de cerise; chez l'autre, celui d'un petit pois. Elles n'occasionnèrent pas de douleurs véritables aux malades, mais seulement quelque gêne dans les mouvements de la paupière; et quand ils se mettaient au travail pendant quelque temps, ou restaient exposés à une lumière vive, etc., l'œil se fatiguait, s'injectait un peu et devenait le siége de quelques légères douleurs.

D'après ce que nous venons de dire, il semblerait qu'il fût très-facile de diagnostiquer ces espèces de tumeurs seulement à la vue : il n'en est cependant pas toujours ainsi. Lorsque ces kystes se développent dans l'épaisseur des paupières au delà du cartilage tarse, on ne peut jamais se tromper sur leur nature; mais il n'en est pas de même s'ils sont situés sur la face antérieure de ces cartilages : il se forme en effet sur ces parties, et probablement à leurs dépens, de petites tumeurs dures, circonscrites, quelquefois bosselées, et en tout semblables à des kystes, mais entièrement solides et formées par un tissu qui m'a paru être fibreux. Les tumeurs que j'ai observées il y a quinze ans n'avaient pas, que je sache, été décrites à cette époque; depuis lors, elles l'ont été par quelques praticiens, principalement par M. Barthélemy. Du reste, il ne faudrait pas s'inquiéter de la possibilité de semblables méprises; car lorsqu'on a incisé une tumeur de cette nature qu'on avait prise pour un kyste, il suffit, pour la guérir radicalement, d'en exciser la partie proéminente et de cautériser le reste avec un crayon de nitrate d'argent.

La première fois que j'ai eu affaire à une de ces petites tumeurs, je l'ouvris, croyant qu'il s'agissait d'un kyste, et je trouvai que c'était une tumeur solide, de la nature enfin de celles que je viens de vous décrire. Je me décidai à l'enlever par la dissec-

tion ; mais je ne pus y parvenir, et ce ne fut qu'après d'inutiles efforts pour l'arracher complétement, que je me décidai à la cautériser, inquiet que j'étais sur sa nature. Il s'y établit une inflammation suppurative qui fit disparaître le reste des tissus malades. Je sais que, depuis, d'autres chirurgiens en ont observé et traité avec succès de la même manière.

On pourrait se demander ici quelle est la nature de ces petites tumeurs. C'est une question qui peut intéresser beaucoup le pathologiste, mais qui n'est pas d'un grand intérêt pratique sous le point de vue du traitement; et d'ailleurs, je n'ai pas eu l'occasion de faire des recherches d'anatomie pathologique à cet égard. Aussi nous ne nous en occuperons pas pour le moment.

Chez nos deux malades, les tumeurs étaient de véritables kystes. Il faut, je vous l'ai déjà dit, une opération chirurgicale pour guérir cette affection, et nous l'avons pratiquée chez les mêmes. Par quel côté fallait-il attaquer ces petites tumeurs? par la face interne de la paupière ou par la surface cutanée? Quelques chirurgiens, à l'exemple de Scarpa, préfèrent agir par la partie interne ; mais nous avons vu plus d'une fois survenir dans cette opération, pratiquée de la sorte, une conjonctivite plus ou moins intense, au point de voir la cornée courir quelque danger. C'est pour cela que nous avons repoussé cette méthode, et nous vous engageons à en faire autant dans votre pratique, pour vous mettre à l'abri, dans une opération si simple et peu grave par elle-même, de la possibilité de fâcheux accidents.

Pour ne vous donner qu'un fait de notre pratique particulière, nous vous citerons celui d'une dame du monde, jolie et coquette, à laquelle, craignant beaucoup de laisser quelque difformité sur la paupière, nous nous décidâmes à pratiquer l'opération par la surface interne de celle-ci, et cela d'autant plus facilement que le kyste, chez elle, nous paraissait tout à fait conjonctival, siégeant à la paupière inférieure. A la suite de cette opération, il se développa une conjonctivite si intense, qu'il en résulta une petite ulcération à la partie inférieure de la circonférence de la cornée, dont nous eûmes quelque peine à obtenir la cicatrisation. Nous en vînmes à bout fort heureusement, mais avec tant d'inquiétude, que nous nous sommes bien promis de changer notre manière d'opérer pour l'avenir. Depuis lors, nous avons toujours opéré ces tumeurs du côté de la peau de la paupière.

Comment faut-il procéder dans cette opération? Dans quel sens faut-il faire l'incision à la peau palpébrale? Quelques chirurgiens proposent de la faire dans le sens artériel; mais nous préférons la pratiquer dans le sens transversal, car la cicatrice

qui en résulte étant faite dans le sens des plis de la peau, se trouve peut-être plus facilement cachée dans ces plis mêmes. La peau étant incisée, on arrive tout de suite dans le kyste. Plusieurs praticiens préfèrent enlever la petite tumeur en la disséquant tout autour ; mais cette opération est assez difficile, et on s'expose en outre au danger de transpercer le voile palpébral, comme du reste il est déjà arrivé plus d'une fois à la suite de cette manière d'opérer. Il est d'ailleurs inutile de faire cette extirpation; il suffit d'ouvrir le kyste et d'en cautériser l'intérieur : il survient une petite inflammation suppurative qui enlève le contenu de la tumeur, et la guérison a lieu ordinairement sans accident.

Ceux qui suivent cette méthode, qui est aussi la nôtre, ne procèdent pas tous, à notre avis, de la manière la plus commode ni la plus sûre : généralement, après l'incision de la peau, on pique avec la pointe d'une lancette le kyste, et on introduit par cette ouverture, dans la cavité du kyste, un crayon de nitrate d'argent qu'on y promène dans tous les sens. D'abord, de cette manière, on risque de perforer la paupière dans toute son épaisseur en traversant le kyste lui-même; ensuite, on n'est pas toujours sûr d'avoir introduit le crayon caustique dans l'intérieur du kyste : on peut facilement l'engager entre les parois de celui-ci et la peau, et cautériser seulement le tissu cellulaire extérieur de la tumeur ; ce qui n'amènerait pas la guérison, comme il est arrivé une fois à moi-même.

Pour éviter ces inconvénients, nous avons adopté une autre méthode, qui, du reste, est fort simple : la peau étant incisée, nous embrochons la paroi antérieure du kyste avec un tenaculum fin, et nous en incisons la portion la plus saillante à l'aide d'un bistouri conduit en dédolant; puis, avec un crayon de nitrate d'argent, nous en cautérisons tout l'intérieur : l'ouverture étant bien large, nous sommes plus sûr de ne pas nous tromper, surtout dans la cautérisation.

Le pansement que nous employons est fort simple : il suffit de bassiner l'œil avec de l'eau froide, en le tenant couvert avec une compresse mouillée pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Au bout de huit ou dix jours, la maladie est ordinairement guérie, car l'inflammation qui se développe dans la plaie est généralement presque nulle, et tout se passe sans accident. Il ne reste après qu'un petit noyau induré qui se dissipe peu à peu.

---

# TABLE

## DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 164e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME IV. — AVRIL 1846.

### ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Dissertation sur l'avortement provoqué dans un but médical; par le docteur *Simonart*. 353
Mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque; par le docteur *Fréd. Hairion*. 366
Histoire de la syphilis dans l'antiquité; par le docteur *Rosenbaum*. (*Suite.*) 376
Mouvement de la prostitution dans la ville de Bruxelles pendant l'année 1845; par le docteur *Dugniolle*. 393

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher des K. K. OEsterreichischen Staates. (Analyse par le docteur *Biver*.) 399

VARIÉTÉS.

Note sur la loi d'accroissement de la population; par M. *P. F. Verhulst*. 403

### BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

*Séance du 22 février 1846.*

Suite de la discussion sur le rapport de la Commission de législation, relatif à la vente des médicaments. 405
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de février 1846. 414

*Séance du 5 avril 1846.*

Recherches sur la structure intime des poumons de l'homme et des principaux mammifères; par M. *Rossignol*. — M. *Burggraeve*, rapporteur. 415
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'avril 1846. 424

### REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

#### II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. Sur le transport des animaux destinés à la boucherie; par M. *Guérard*. 1
2. Note sur un nouveau système de vidange des fosses d'aisances; par M. *Guérard*. 10
HYGIÈNE PUBLIQUE. — 3. (*Revue.*) Introduction d'une nouvelle substance alimentaire (l'arracacha) en Europe. 14. — Analyse de l'air de quelques mines. — Inconvénient de l'usage des vases de zinc destinés à contenir de l'huile. 15.
TOXICOLOGIE. — 4. (*Revue.*) Empoisonnement par le thon. 16. — Empoisonnement par des harengs gâtés. 17. — Empoisonnement par le vinaigre. 18. — Empoisonnement par l'huile essentielle d'amandes. — Modifications de l'appareil de Marsh. 19.
41. Sur l'influence toxique des papiers de tenture de couleur verte. 266

#### III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 5. Note sur le mécanisme des sécrétions; par *A. Lereboullet*. 20

## IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 6. Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle; par M. *A. Delpech.* 31
7. Recherches sur l'origine de la surdi-mutité; par M. *P. Menière.* 45
31. Sur la chair musculaire de l'homme et des animaux vertébrés; par M. le docteur *De Bibra.* 249
33. Sur les scrofules; par le docteur *Griesinger.* 254
THÉRAPEUTIQUE. — 8. Sur le traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous la forme emplastique. 54
9. Traitement spécifique de la petite vérole; par M. le docteur *Fritz.* 63
10. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques; par M. *Payan.* 66
11. Recherches sur les névralgies traitées par le quinquina et ses préparations; par le docteur *E. Hermel.* 81
12. Considérations sur l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque; par le docteur *E. Carrière.* 91
35. De l'emploi de l'alun contre la constipation habituelle; par le docteur *Aldridge.* 256
36. De l'action thérapeutique du magnétisme minéral; par M. le docteur *Mickwitz.* 257
37. De la lobérie enflée contre l'asthme; par le docteur *Tott.* 258

## V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 13. Des circonstances qui s'opposent à ce que le pronostic de l'accouchement soit établi d'une manière exacte dans les vices de conformation du bassin. 101
39. Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie; enfant mort, déjà en décomposition; mort de la mère; par M. *Ed. de Siebold.* 261
40. Prolapsus complet de l'utérus pendant le travail; accouchement artificiel suivi de réduction de l'organe et d'une guérison complète; par le docteur *Raymond-Harris.* 264
38. Naissance d'un fœtus de 8 mois enfermé dans les membranes demeurées intactes; par M. *Butler Lane.* 259
MALADIES DES ENFANTS. — 14. De la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle, et de son traitement par la ratanhia; par M. *Ducros.* 111
15. De l'hydrocèle chez les enfants. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils. 118
16. De la grenouillette chez les enfants. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils. 122
34. Sur la toux nocturne des enfants; par le docteur *Braniss.* 255

## VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. Considérations pratiques sur les bubons scrofuleux et leur traitement; par M. *Gabalda.* 125
18. Sur les fistules de la face liées à des maladies dentaires; par M. *Adolphe Girard.* 133
19. Note sur les accidents qui suivent la piqûre des nerfs; par M. *Aug. Bérard.* 137
45. De l'emploi du proto-iodure de fer dans quelques affections chirurgicales; par le docteur *Sirus Pirondi.* 273
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. Note sur un nouvel instrument pour pratiquer la cautérisation du canal de l'urèthre; par M. le docteur *Ollagnier.* 144
OPHTHALMOLOGIE. — 21. Etudes pratiques sur la cataracte; par le docteur *Desmarres.* 146
22. Hydrophthalmie. Extirpation du globe de l'œil par le procédé de M. Bonnet (de Lyon). Guérison; par M. *L. Lenoir.* 160
46. Kystes des paupières chez deux malades. Remarques clinique sur cette affection. — Hôpital Beaujon. — M. *Robert.* 275

### VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MADADIES MENTALES. — 23. De l'emploi de la coloquinte dans le traitement de l'aliénation mentale. 165

### VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

24. Considérations sur les causes, le diagnostic et le traitement des pertes séminales involontaires ; par M. *Valleix*. 179
25. Calcul vésical formé autour d'une alène de cordonnier; cystotomie ; dilatation ; guérison ; par M. le docteur *Fleury*. 189
42. Du sommeil ; de son importance pour prévenir la folie. 267

### X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 26. Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées ; par le docteur *Anbroise Tardieu*. 194
MÉDECINE LÉGALE. — 27. (*Revue.*) Assassinat d'un jeune garçon ; accident simulé. 206. — Mort violente ; blessures à la tête et submersion ; doutes sur la cause de la mort ; impossibilité démontrée d'un suicide ou d'un accident. 208. — Assassinat par strangulation ; preuves irrécusables déduites de l'examen du cadavre. 209.
POLICE MÉDICALE. — 28. (*Revue.*) Remèdes secrets. 211. — Exercice de la pharmacie sans diplôme ; médicaments altérés ; double responsabilité. 212.

### XII. GÉNÉRALITÉS.

29. Histoire générale des sept diathèses ; par *F. L. Gaillard*. 213
30. Cliniques chirurgicales. — Traitement des tumeurs sanguines érectiles par les scarifications sous-cutanées. 220. — Traitement des hydarthroses blennorrhagiques. 223. — Traitement des abcès par congestion. 224. — Abcès énorme (froid ou par congestion) occupant toute la longueur de la cuisse, guéri à l'aide de trois ponctions sous-cutanées. 225. — Spina-bifida traité par l'incision et la section. Mort après quarante heures de l'opération. 226. — Guérison spontanée des fistules stercorales suites de hernies étranglées. 228. — Traitement comparatif de l'hydrocèle par les injections iodées et les injections vineuses. 231.

### SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 7, 13, 20 et 27 avril.) — De la nature des fièvres intermittentes des marais. 234. — Hydrophobie. — Influence nulle du magnétisme sur la circulation des végétaux. 236. — Influence du régime pénitentiaire sur la santé.—Double mouvement d'expansion et d'affaissement des organes sous l'influence de la circulation. 238. — Emploi d'un composé de chlore, d'iode et de mercure contre les scrofules. — Conservation et désinfection par le sulfite de soude. 239. — Sur la pulvérisation des calculs. — De l'extraction immédiate des calculs par les voies naturelles. 240. — Ergotine ; ses effets antihémorrhagiques. 242.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Addition à la séance du 31 mars ; séances des 7, 14, 21 et 28 avril.)—Radesyge. 243.— Traitement abortif de la variole. —Présence des sels de cuivre et de plomb dans les eaux distillées du commerce. 244. — Bandages herniaires en caoutchouc artificiel. — Traitement des palpitations du cœur. 245. — Blessure de la rate dans la paracentèse. Péritonite hémorrhagique. — Iléus intermittent. 246. — Fièvre intermittente et hypertrophie de la rate. 247.

### MÉLANGES.

32. Cas de chorée et de tic douloureux ; traitement par la teinture de chanvre indien (hachisch) et l'électro-magnétisme ; par M. *Corrigan*. 252
43. Verugas, maladie endémique dans le Pérou. 269
44. Formule d'un remède contre l'hydrophobie. 271

# TABLE

## DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 164e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME IV. — AVRIL 1846.

---

## REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

### JOURNAUX FRANÇAIS.

**ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE** (janvier 1846).


*Guérard.* Sur le transport des animaux destinés à la boucherie. 1
*Guérard.* Note sur un nouveau système de vidange des fosses d'aisances. 10
*Tardieu* (Ambroise). Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées. 194


**ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES** (mars 1846).


*Carrière* (E.). Considérations sur l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque. 91


**BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE** (mars 1846).


Des circonstances qui s'opposent à ce que le pronostic de l'accouchement soit établi d'une manière exacte dans les vices de conformation du bassin. 101
*Gabalda.* Considérations pratiques sur les bubons scrofuleux et leur traitement. 125
*Valleix.* Considérations sur les causes, le diagnostic et le traitement des pertes séminales involontaires. 179
Verugas, maladie endémique dans le Pérou. 269
Formule d'un remède contre l'hydrophobie. 271


**CLINIQUE DE MARSEILLE.**


*Sirus Pirondi.* De l'emploi du proto-iodure de fer dans quelques affections chirurgicales. 273


**GAZETTE MÉDICALE DE PARIS** (Nos 9, 12, 13, 14, 15; 1846).


Hygiène publique. (*Revue.*) 14
Toxicologie. (*Revue.*) 16
*Menière* (P.). Recherches sur l'origine de la surdi-mutité. 45
Sur le traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous la forme emplastique. 54
*Hermel.* Recherches sur les névralgies traitées par le quinquina et ses préparations. 81
*Ollagnier.* Note sur un nouvel instrument pour pratiquer la cautérisation du canal de l'urèthre. 144
*Fleury.* Calcul vésical formé autour d'une alène de cordonnier; cystotomie; dilatation; guérison. 189

Médecine légale. (*Revue.*) 206
Police médicale. (*Revue*) 211
*Gaillard* (F. L.). Histoire générale des sept diathèses. 213
Cliniques chirurgicales. 220

**GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG** (N° 3; 1846).

*Lereboullet* (A.). Note sur le mécanisme des sécrétions. 20

**GAZETTE DES HÔPITAUX** (N^os 36, 39, 41, 51; 1846).

*Fritz*. Traitement spécifique de la petite vérole. 63
*Guersant*. De l'hydrocèle chez les enfants. 118
*Guersant*. De la grenouillette chez les enfants. 122
*Lenoir* (L.). Hydrophthalmie. Extirpation du globe de l'œil par le procédé de M. Bonnet (de Lyon). Guérison. 160
*Robert*. Kystes des paupières chez deux malades. Remarques cliniques sur cette affection. 275

**JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU** (avril 1846).

*Delpech* (A.). Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle. 39
*Ducros*. De la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle, et de son traitement par la ratanhia. 181

**JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES** (février et mars 1846).

*Girard* (Adolphe). Sur les fistules de la face liées à des maladies dentaires. 133
*Bérard* (Aug.). Note sur les accidents qui suivent la piqûre des nerfs. 137
*Desmarres*. Études pratiques sur la cataracte. 146

**JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON** (mars 1846).

De l'emploi de la coloquinte dans le traitement de l'aliénation mentale. 165

**REVUE MÉDICALE** (février 1846).

*Payan*. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. 66

## JOURNAUX ALLEMANDS.

**ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.**

*De Bibra*. Sur la chair musculaire de l'homme et des animaux vertébrés. 249
*Griesinger*. Sur les scrofules. 254

**ANNALEN DER STAATS-ARZNEIKUNDE.**

Sur l'influence toxique des papiers de tenture de couleur verte. 266

**JOURNAL FUER DIE KINDERKRANKHEITEN.**

*Braniss*. Sur la toux nocturne des enfants. 255

**NEUE MED.-CHIR. ZEITUNG.**

*Tott*. De la lobélie enflée contre l'asthme. 258

### NEUE ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE.

*De Siebold* (Ed.). Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie ; enfant mort, déjà en décomposition; mort de la mère. 261

### ZEITSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE MEDICIN.

*Mickwitz.* De l'action thérapeutique du magnétisme minéral. 257

## JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

### THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

*Corrigan.* Cas de chorée et de tic douloureux; traitement par la teinture de chanvre indien (hachisch) et l'électro-magnétisme. 252
*Aldridge.* De l'emploi de l'alun contre la constipation habituelle. 256

### THE MEDICAL TIMES.

*Butler Lane.* Naissance d'un fœtus de 8 mois enfermé dans les membranes demeurées intactes. 259

### SOUTHERN MED. AND SURG. JOURNAL, ET MEDICAL EXAMINER.

*Raymond-Harris.* Prolapsus complet de l'utérus pendant le travail ; accouchement artificiel suivi de réduction de l'organe et d'une guérison complète. 264

### THE AMERICAN JOURNAL OF INSANITY.

Du sommeil ; de son importance pour prévenir la folie. 267

---